FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 39

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉRYTHÈMES DE LA RÉGION FESSIÈRE

CHEZ LES ENFANTS EN BAS-AGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 6 JANVIER 1893

PAR

Louis-Albert-Henri AUBERT

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Cherbourg (Manche), le 8 juin 1867.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOUSSOUS,	professeur,	*président,*
VERGELY,	professeur,	*juges.*
DUBREUILH,	agrégé,	
MESNARD,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 39

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉRYTHÈMES DE LA RÉGION FESSIÈRE

CHEZ LES ENFANTS EN BAS-AGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 6 JANVIER 1893

PAR

Louis-Albert-Henri AUBERT

ELÈVE DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Cherbourg (Manche), le 8 juin 1867.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOUSSOUS,	professeur,	*président,*
VERGELY,	professeur,	*juges.*
DUBREUILH,	agrégé,	
MESNARD,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... / MERGET..... / AZAM..... } Professeurs honoraires.

Clinique médicale	MM. PICOT. / PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. / LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	N.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. / DUBREUILH. / MESNARD. / CASSAËT. / AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. / DENUCE. / VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. / CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. / N. | Histoire naturelle. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MM. MOURE.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD.	Maladies mentales....	N.
Clin. des mal. syphil. et cutan...	DUBREUILH.	Accouchements	RIVIÈRE.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Chimie.....	DENIGÈS.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON EXCELLENTE MÈRE

A MES FRÈRES ET A MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE LA MARINE

A Monsieur le Docteur André MOUSSOUS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux.
Chargé du cours de clinique médicale des Enfants.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Docteur MOUSSOUS

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR André MOUSSOUS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chargé du cours de clinique médicale des Enfants.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉRYTHÈMES DE LA RÉGION FESSIÈRE

CHEZ LES ENFANTS EN BAS-AGE

AVANT-PROPOS

Pendant un séjour, malheureusement trop court, que nous fîmes à la fin de l'année dernière dans le service de clinique médicale à l'hôpital des Enfants, notre attention fut attirée sur des rougeurs éparses sur le siège des nourrissons et que nous remarquions chaque jour à la consultation gratuite.

Aussi, bien que près d'entrer dans une carrière où nous aurons rarement l'occasion de soigner des petits enfants, nous avons résolu d'étudier dans notre thèse inaugurale ce chapitre bien modeste de la pathologie infantile.

Nous avons donc entrepris l'étude des Erythèmes fessiers chez les enfants en bas-âge. Sans doute nous ne comptons pas faire œuvre complètement originale; nous savons que dans ces vingt dernières

années Parrot, Sevestre et d'autres cliniciens distingués ont traité magistralement cette question, mais il reste néanmoins encore dans leurs écrits des lacunes à combler, des points à mettre en lumière.

Notre but est de faire un exposé clinique aussi simple et aussi complet que possible des diverses formes d'érythèmes non syphilitiques et d'appuyer les faits par des observations choisies parmi celles que nous avons recueillies depuis plus d'une année à l'Hôpital des Enfants.

Au début de ce travail, qu'il nous soit permis de remercier M. le Dr André Moussous, pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours reçu dans son service.

Merci aussi à nos maîtres de la Faculté et de la Marine pour la sympathie qu'ils nous ont toujours témoignée et les efforts qu'ils ont faits pour faciliter nos études médicales.

Que M. le professeur Moussous veuille bien agréer nos meilleurs sentiments de gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DIVISION DU SUJET

Toutes les personnes qui soignent des enfants connaissent bien ces rougeurs éparses sur le siège et les cuisses des nourrissons et que le peuple appelle « le feu du mal ». Les premiers cliniciens attachèrent peu d'importance à ces éruptions qui leur semblaient n'avoir aucune influence fâcheuse sur la santé générale de leurs petits malades. Valleix, le premier, donna une bonne description de l'érythème simple; mais, avant Parrot, aucun auteur ne distingue et ne décrit les formes particulières. Même aujourd'hui, l'érythème est mal connu dans toutes ses formes, et Bataille, en 1892, dit avec juste raison : « On désigne sous le nom d'*érythème* une foule d'affections de la première enfance, des plus disparates quant à leur physionomie objective, des plus mal connues quant à leur nature et dont le siège habituel est aux fesses et à la région postérieure des cuisses et des jambes ».

Or, l'étude des divers érythèmes, si fréquents chez les enfants dans les premiers mois de la vie, offre une importance capitale à cause des maladies graves qu'ils accompagnent et dont ils sont souvent les uniques symptômes, à cause surtout de leur confusion avec les lésions syphilitiques et des suites fâcheuses qui résultent d'une semblable erreur; aussi faut-il bien les connaître et bien les classer.

La classification sera tout artificielle, car il n'y a que rarement des divisions bien tranchées dans ces sortes d'affections et il existe souvent des formes intermédiaires.

Nous nous proposons d'étudier : dans une première partie, les

Erythèmes déjà bien classés, survenant surtout chez les nouveau-nés et les enfants en bas-âge, savoir : l'Erythème simple, l'Erythème vésiculeux avec sa transformation consécutive en Erythème papuleux, l'Erythème intertrigo, l'Erythème vacciniforme; enfin, la dermatite exfoliatrice de Ritter qui, sans être un érythème fessier, est très importante au point de vue du diagnostic différentiel.

Dans une seconde partie, nous décrirons les *Erythèmes non encore classés,* observés chez les enfants plus âgés, entre six mois et deux ans, et dont les principales formes sont : l'Erythème de dentition, l'Erythème de décubitus et une forme d'une physionomie objective particulière qui semble devoir être rattachée par l'origine aux érythèmes de dentition : l'Erythème squameux.

Nous avons reproduit ici la classification adoptée par M. le Dr Moussous dans le recueil de Leçons cliniques qu'il vient de faire paraître; elle nous semble très rationnelle et complète.

GÉNÉRALITÉS SUR LES ERYTHÈMES

Erythème vient étymologiquement du mot grec ἐρυθμος qui veut dire *rouge*. D'après la définition de Hardy, c'est « une affection générique de la peau revêtant les aspects les plus variés et caractérisée par une teinte rouge plus ou moins intense des téguments».

L'érythème, ainsi compris, est une affection fréquente dans la première enfance et une statistique approximative, que nous avons faite sur les bébés de 1 à 6 mois présentés à la consultation gratuite de l'hôpital des Enfants, nous permet d'affirmer que sur 100 enfants, il y en a de 23 à 25 qui sont atteints d'érythème et 3 sont syphilitiques. Il est vrai que notre statistique porte sur des enfants appartenant à la classe ouvrière, mal nourris et négligés au point de vue de la propreté ; en ville, dans la classe aisée, ces érythèmes sont certainement moins fréquents. Néanmoins le diagnostic différentiel est assez difficile et assez important à connaître pour que nous y portions une attention toute particulière.

Pourquoi l'érythème atteint-il si souvent l'enfant et pourquoi est-il d'autant plus fréquent que le sujet est plus jeune ?

Nous croyons que cela est dû à ce que la peau du nouveau-né est fine et mal vascularisée, qu'elle résiste difficilement aux irritations extérieures qui sont multipliées dans le jeune âge.

Ce qui prouve bien cette facilité à rougir, c'est le phénomène qui se passe chez l'enfant nouveau-né. Quelques heures après la naissance, sa peau se couvre d'une rougeur plus ou moins persistante suivant l'état du sujet. Cette rubéfaction passagère s'explique facilement, étant donné la différence qui existe entre le milieu

intra-utérin et le milieu ambiant et la rapidité avec laquelle l'enfant passe de l'un dans l'autre. Baginski a cru voir là une éruption spéciale qu'il a décrite sous le nom d'*érythème des nouveau-nés;* pour nous, nous pensons qu'il s'agit là d'un simple phénomène de vaso-dilatation.

I

ÉRYTHÈMES DÉJA CLASSES

SURVENANT CHEZ LES NOURRISSONS

1° Erythème simple.

D'après la définition même de l'*érythème,* la forme la plus simple sous laquelle puisse se présenter cette éruption, est la rubéfaction de la peau, soit qu'elle se présente sous la forme de taches isolées les unes des autres, soit qu'elle se diffuse en un large placard qui couvre uniformément une partie plus ou moins étendue des téguments. Cette forme est, en effet, la plus fréquente, et je dirai même que presque tous les enfants, dans les premiers mois de la vie, ont présenté à un moment donné cet exanthème éphémère, surtout dans les classes pauvres où les enfants sont moins surveillés. Cazin qui, en 1888, a fait une statistique à l'hôpital de Berck portant sur des enfants de la Crèche, a trouvé 48 fois l'érythème sur 53 sujets examinés. L'éruption atteignait surtout la région du siège, c'est-à-dire les fesses et la partie postérieure des cuisses, région qui, enfermée dans le maillot, est soumise aux frottements répétés des langes plus ou moins durs et aux irritations des déjections de l'organisme.

Le plus souvent, l'érythème simple se présente sous la forme de petites taches arrondies ou de forme irrégulière, d'un rouge assez vif tranchant sur le fond blanc rosé des téguments ou se fondant insensiblement de teinte avec eux. Ces taches ne sont pas surélevées et la simple pression du doigt suffit souvent pour faire

disparaître momentanément leur coloration. Elles sont plus ou moins nombreuses et séparées les unes des autres par des bandes de peau saine. Parfois la lésion ne se présente pas sous la forme d'un semis de points rouges; les taches s'étendent en surface ou deviennent si confluentes qu'elles se réunissent par leurs bords de manière à former un vaste placard de couleur uniforme, à bords irréguliers ou polycycliques, couvrant une portion plus ou moins grande des téguments. Si l'éruption existe depuis quelque temps, le derme très vasculaire apparaît par transparence à travers l'épiderme aminci et la teinte est plus sombre, quelquefois d'un rouge bleu, presque cyanotique. Dans les endroits où il est très peu épais, l'épiderme est luisant, brillant, comme vernissé, et il est coupé de minces fissures linéaires d'où suinte un liquide séreux peu abondant; si les fissures sont plus larges, le derme est mis à nu et la région atteinte saigne au moindre contact. Quelquefois même, les téguments irrités se tuméfient et la peau tendue s'enflamme et s'œdématie.

L'éruption affecte le plus souvent la région fessière, surtout les parties saillantes et le voisinage de l'anus. De là elle rayonne sur le périnée, les organes génitaux, les faces postérieure et interne des cuisses; elle remonte quelquefois sur les lombes et la partie inférieure de l'abdomen jusqu'à l'ombilic et descend sur la face postérieure des jambes et le bord interne de la face plantaire du pied. Enfin, elle peut se généraliser à la totalité des téguments et nous nous rappelons que, pendant l'année de stage que nous fîmes à l'hôpital Saint-Louis de Paris, M. le Dr Comby nous fit remarquer, à la consultation gratuite, le fait assez curieux d'un érythème généralisé à toute la surface cutanée survenu simultanément chez deux jumeaux.

La distribution même de la lésion sur les fesses et les cuisses révèle bien sa cause productrice. La peau de ces régions est enfermée dans le maillot, mal aérée et surtout en contact perma-

nent avec les déjections de l'organisme, urine et matières fécales. Si l'enfant a la diarrhée verte très acide, si les matières séjournent dans les langes et s'altèrent, la peau est irritée et l'érythème apparaît avec plus ou moins d'intensité. Telle est la cause occasionnelle la plus fréquente de l'érythème simple et nous admettons bien avec Valleix que sur 140 enfants atteints d'érythème, 115 ont la diarrhée.

Du reste, ce qui prouve qu'il y a là un simple phénomène d'irritation locale, c'est l'examen histologique de la peau. On constate seulement une hypervascularisation d'un groupe de papilles, due à la paralysie des vaso-constricteurs sous l'influence des irritations extérieures. Au reste, la texture des tissus n'est pas sensiblement modifiée.

Le diagnostic différentiel est assez facile à faire. On ne peut confondre cette forme érythémateuse avec les lésions de grattage qui laissent la trace des ongles et causent chez l'enfant de l'agitation et du malaise. La roséole syphilitique offre une teinte plus blanchâtre et est surtout confluente à la face et à la partie supérieure du tronc. Les pustules de variole peuvent plutôt amener de la confusion, mais la température donne un renseignement précieux ; si le sujet est très athrepsié et si la température, malgré la fièvre, ne dépasse pas 37°, il suffit d'attendre quelques jours pour voir les pustules s'ombiliquer. Enfin, l'érysipèle au début a un siège tout autre, le plus fréquemment autour de l'ombilic. Du reste, la lésion est entourée par une sorte de bourrelet qui suffit pour caractériser l'exanthème fébrile.

La durée de l'érythème simple est souvent éphémère ; quelquefois il se propage et se diffuse symétriquement pendant quelques jours ; mais il cède vite à la médication la plus simple.

Celle-ci consiste d'abord en soins de propreté minutieux : lavages fréquents, bains émollients faits avec de l'eau tiède ni trop chaude ni trop froide. Il faut, en outre, éviter les causes irritantes,

bien assécher l'épiderme, envelopper l'enfant dans des linges fins ou usés, isoler les parties par des poudres inertes d'amidon, de lycopode, de talc, de sous-nitrate de bismuth; il faut aussi éviter de changer les enfants devant des foyers trop ardents, comme le font souvent les nourrices à la campagne, car cette cause seule suffit pour faire réapparaître l'érythème. Si le mal résiste, c'est qu'il est entretenu par un mauvais état gastrique non apparent; alors, dans ce cas, l'enfant est agité et perd un peu de son poids tous les jours; ses selles et ses urines ont une réaction fortement acide.

Enfin, si l'état général est trop défectueux, si les troubles digestifs persistent, c'est que l'enfant, par une alimentation mauvaise ou mal appropriée ou par le fait d'une diathèse qu'il a apportée en naissant, ne peut réagir contre les irritations extérieures; alors l'éruption prend quelquefois un aspect différent que nous allons étudier.

2° Erythème vésiculeux.

L'érythème simple, quand il est entretenu par une cause quelconque, peut changer d'aspect et devient vésiculeux, par macération de l'épiderme baigné dans des matières excrémentielles. Toutefois, l'érythème vésiculeux survient le plus souvent d'emblée et revêt la forme que Parrot, le premier, a vue et décrite magistralement dans ses leçons sur l'Athrepsie.

Tout d'abord la lésion peut débuter par un érythème simple; on voit de petites taches de 4 à 5 millimètres de diamètre, de teinte rouge vif et disparaissant sous la seule pression du doigt.

Au centre de ces macules érythémateuses apparaît une petite vésicule de 1 millimètre de diamètre au plus, semblable à la vésicule de miliaire, gonflée d'un liquide transparent, quelquefois légèrement louche. D'autres fois la vésicule et sa base érythémateuse paraissent simultanément.— On rencontre rarement ces vési-

cules sur toute la région atteinte, à peine en voit-on quelques-unes éparses à la périphérie de la lésion. Sur les parties saillantes des fesses, où les frottements sont le plus intenses, les vésicules sont éphémères. Elles disparaissent de deux manières : Tantôt elles se dessèchent, leur liquide se résorbe, la cuticule qui formait leur enveloppe s'affaisse, se plisse, puis se dessèche et se desquame, laissant le derme complètement à nu ou recouvert d'une couche mince et transparente du corps muqueux de Malpighi. Comme les éléments vésiculaires ne sont pas toujours isolés les uns des autres, mais souvent unis sur leurs bords, surtout au centre de la lésion où ils sont très confluents, on se trouve en présence d'une large plaque rouge couverte de minces écailles épidermiques; on croirait alors volontiers que la lésion a débuté par une rougeur suivie de desquamation, si la présence, à la périphérie, de vésicules encore gonflées de liquide, ne mettait sur la voie du mode d'évolution. — Tantôt, et dans la plupart des cas, les vésicules ne se dessèchent pas, mais se déchirent et se crèvent; celà est dû soit à leur plus grand volume, soit à la nature du liquide qu'elles contiennent qui est plus dense, soit enfin aux frottements répétés.

Quoi qu'il en soit, le résultat est encore une plaque rouge, de teinte plus vive et de guérison plus lente. Cette plaque est de couleur si rouge qu'elle semble près de saigner. Sa surface est surtout uniforme; par places, on voit sourdre un peu de liquide jaunâtre, tachant et empesant le linge, et le moindre contact suffit pour faire saigner le derme. A certains endroits peuvent se produire des érosions à contours peu marqués, à fond rosé ou couleur cerise, laissant transsuder du liquide; ces érosions sont surtout répandues sur les régions ano-périnéales et fessières. Là aussi se creusent des ulcérations profondes avec perte réelle de substance, offrant des bords découpés et un fond rouge ou grisâtre. C'est là ce qui constitue *l'érythème érosif* qui succède à la forme vésicu-

leuse quand celle-ci ne guérit pas d'elle-même et qui est dû à la chute ou à l'usure continue de l'élément épithélial.

Quelquefois, dans le cours d'une éruption érosive, même d'intensité modérée, on peut voir le tissu épidermiqne changer d'aspect; il se produit, surtout dans les bourses, une induration en masse du tissu cellulaire sous-jacent, qui persiste plus d'un mois et qui ferait croire à de la sclérodermie, si l'intégrité complète des couches profondes de la peau, gênée seulement dans sa circulation, ne faisait rejeter cette hypothèse. Cet accident surajouté est rare et probablement dû à l'absorption, au niveau des solutions de continuité, soit d'agents pathogènes, soit de leurs produits solubles, qui déterminent par l'intermédiaire des lymphatiques du tissu cellulaire une irritation et une inflammation de proche en proche.

Quoi qu'il en soit, la guérison de l'érythème érosif est rapide le plus généralement, quand la cause du mal est supprimée, quand l'enfant est vigoureux et placé dans de bonnes conditions hygiéniques, quand surtout on aide à la réparation. La plaque érosive se recouvre d'une couche épithéliale mince et luisante qui s'épaissit peu à peu; la teinte s'assombrit, devient violacée, bronzée, et disparaît lentement; mais longtemps encore on retrouve la place de la plaque érosive qui reste brillante sur le fond des téguments. L'ulcération elle-même peut guérir et, malgré les dénégations de Parrot, Bouchut a bien vu sur une ulcération apparaître une fausse membrane qui, formée d'exsudats plastiques autour de vaisseaux absorbants, s'organisait pour reformer le derme et hâter la cicatrisation. Si, au contraire, la lésion est trop profonde ou entretenue par la persistance de la diarrhée, la réparation est très lente et difficile à obtenir. Alors on voit paraître à la périphérie des vésicules qui atteignent la grosseur d'une graine de chénevis, sont gonflées d'un liquide franchement purulent et se résolvent en petits abcès dermiques limités.

L'érythème vésiculeux a un siège spécial et le plus souvent ne

se diffuse pas. Il atteint surtout la partie convexe des fesses et se propage de là au périnée, au scrotum ou à la vulve, remontant quelquefois jusqu'à l'ombilic.

Le plus fréquemment, il descend sur les faces interne et postérieure des cuisses, des mollets et des talons. Toujours il respecte le fond des replis cutanés par-dessus lesquels « il passe comme sur un pont ». Le maximum de l'éruption est sur la partie saillante des fesses et c'est de là qu'elle rayonne sur les parties avoisinantes.

Les ulcérations, au contraire, se limitent le plus souvent aux fesses et au périnée. Le raphé médian est souvent ulcéré et apparaît saillant et profondément induré, même quand le reste de l'éruption est superficielle. Les grandes lèvres aussi présentent quelquefois de larges ulcérations à leur partie externe. Enfin, par le frottement répété des deux pieds l'un contre l'autre, on rencontre souvent à la partie interne et postérieure des talons de grandes ulcérations, où le derme mis à nu est entouré de lambeaux épidermiques macérés.

Histologiquement, on voit que la lésion siège surtout dans le corps muqueux de Malpighi. La couche cornée, tuméfiée, soulevée et ramollie se rompt au point le plus altéré. Le corps muqueux est épaissi, ses cellules plates sont globuleuses et transparentes et finissent en certains endroits par se rompre et disparaître ; alors la lame cornée qui les recouvrait se brise et laisse suinter à la surface le liquide qu'elles contenaient. En outre, on remarque une congestion active du réseau veineux du derme aux parties malades. Aux points ulcérés, il y a prolifération excessive des éléments cellulaires de l'épiderme et du derme, qui gêne les éléments déjà existants et détermine la nécrobiose des nouveaux produits. Le ramollissement débute par la profondeur et se manifeste superficiellement par la rupture de la lame cornée qui donne issue au foyer.

La cause occasionnelle qui donne naissance à l'érythème vésiculeux est l'irritation locale déterminée par le contact des matières fécales, surtout si celles-ci séjournent, s'altèrent et s'acidifient ; la diarrhée verte, à réaction acide, est souvent la cause du mal. Il arrive que l'érythème survit à la diarrhée, si on l'entretient artificiellement par des frictions avec des linges trop rudes, des soins de propreté insuffisants, ou, au contraire, des lavages trop souvent répétés. Le froid, l'humidité, l'excès de chaleur suffisent pour produire son apparition. Mais cette irritation locale est insuffisante pour expliquer la ténacité quelquefois extraordinaire de la lésion et sa diffusion sur des parties à l'abri de tout contact irritant. C'est qu'il y a alors une cause intime qui favorise son évolution. Valleix croyait qu'il fallait rapporter l'apparition de l'érythème au muguet que l'on rencontre 17 fois sur 23 ; mais muguet et érythème sont les symptômes d'un état défectueux du tube digestif, amenant la dénutrition générale des tissus et cette cachexie profonde constituant l'athrepsie. On comprend aisément que chez un sujet aussi gravement atteint, la peau mal nourrie résistera difficilement aux irritations produites par la diarrhée profuse. Si même la diarrhée est suspendue, la lésion guérira, mais lentement. C'est donc l'athrepsie qui est la cause réelle la plus fréquente de l'affection ; toutefois il ne faudrait pas, comme Parrot, faire de l'érythème un symptôme constant de l'athrepsie. On voit quelquefois, chez des sujets vigoureux, un érythème vésiculeux, survenant à l'occasion d'une diarrhée accidentelle et persistant avec une ténacité désespérante. Il faut donc admettre que, chez certains sujets particulièrement irritables, les matières acides agissent, soit par action réflexe à départ gastrique sur le système nerveux cutané, soit par intoxication partielle de l'organisme due à des matières nocives élaborées et résorbées dans le tube digestif.

Quel que soit l'aspect de la lésion, le diagnostic est, en général, assez facile, surtout à cause de la localisation spéciale

de l'érythème vésiculeux. On ne peut le confondre avec les macules des fièvres éruptives, car la rougeole a des taches semi-lunaires bien définies, la scarlatine forme des plaques plus larges et de couleur framboisée, l'érysipèle se caractérise par la tuméfaction et la tension douloureuse des téguments. Du reste, dans ces cas divers, l'examen de la température suffit pour lever les doutes, car dans l'athrepsie il y a plutôt abaissement de la température au-dessous de la normale qu'hyperthermie. L'urticaire se compose d'éléments plus saillants, d'un rouge vif, prurigineux et de durée éphémère. On a confondu l'érythème avec certaines formes de gale; on peut dire que le diagnostic est alors souvent difficile à poser, bien que les vésicules de gale ne s'entourent jamais d'une zone érythémateuse et s'accompagnent le plus souvent de prurit. Parmi les manifestations syphilitiques, la roséole est plus pâle en couleur; les autres taches, au contraire, ont une teinte cuivrée ou grisâtre caractéristique et une durée plus longue. Pour bien faire la différence entre les deux ordres de lésions, il faut voir sur un même individu une syphilide en plaque et une tache érythémateuse; la première paraît violette et la seconde franchement rosée. De plus, dans la syphilide vésiculo-pustuleuse, la vésicule est plus volumineuse, plus rapidement ulcérée et elle apparaît surtout sur l'abdomen. Au reste, les lésions syphilitiques sont accompagnées d'un cortège de symptômes vénériens qui aident à les faire reconnaître. Quand l'érythème est généralisé et diffus, on peut le confondre avec la miliaire sudorale, mais il suffit de considérer son aspect particulier sur les fesses pour éclaircir le doute.

L'érythème vésiculeux, surtout au début, cède au traitement le plus simple. Il suffit, pour amener la guérison, de laver souvent les parties malades avec des infusions tièdes, de bien les essuyer et de les recouvrir d'une poudre inerte non parfumée (poudre de lycopode, d'amidon, de riz), qui dessèche et isole les parties atteintes. Il faut, en outre, enlever souvent par des lotions déter-

sives les souillures résultant des déjections. Enfin, s'il y a des surfaces érodées, il est bon de les recouvrir de vaseline boriquée. Sur les ulcérations profondes, il faut appliquer de petits pansements antiseptiques : poudre d'iodoforme ou de salol, pommade iodoformée ou salicylée.

3° Erythème papuleux.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'érythème vésiculeux érosif pouvait guérir plus ou moins vite, suivant l'état du sujet. Il n'en est pas cependant toujours ainsi : le derme mis à nu peut bourgeonner; la lésion revêt alors un caractère tout particulier qui rend son diagnostic souvent difficile; c'est ainsi que se forme l'érythème papuleux.

Avant Parrot, cette éruption était considérée comme d'origine syphilitique et portait le nom de syphilide papuleuse. Parrot, le premier, démontra vers 1880 qu'elle pouvait succéder à l'érythème vésiculeux, mais il faisait remarquer qu'elle avait souvent une ressemblance parfaite avec certaines syphilides; plus tard, il revint sur son idée première, soit qu'il eût remarqué l'identité objective des deux lésions, soit qu'il eût observé des érythèmes papuleux chez des sujets entachés de syphilis, et il déclara que l'érythème papuleux était identique à la syphilide lenticulaire. Cette opinion fut partagée par bon nombre de dermatologistes, entre autres par Diday.

En 1887, Sevestre remarqua que l'érythème papuleux était souvent accompagné à la périphérie de petites vésicules érythémateuses et qu'il survenait chez des sujets qui ne pouvaient être suspectés de syphilis; il combattit dès lors, l'idée de Parrot, secondé par son élève Jacquet qui fit paraître un Mémoire dans lequel il donnait à l'éruption le nom d'*érythème papuleux post-érosif* pour rappeler son origine érosive. Dans sa thèse inaugu-

rale, il changea ce nom pour celui de *syphiloïde post-érosive* à cause de la ressemblance de la papule post-érosive avec la syphilide lenticulaire de Diday. Cadet de Gassicourt, Féréol et Fournier adoptèrent les idées de Jacquet, mais ils insistèrent à plusieurs reprises sur la difficulté du diagnostic d'avec les lésions syphilitiques.

L'élément constituant caractéristique de la lésion est la papule, petite soulevure plus ou moins marquée de l'épiderme, le plus généralement arrondie, varian de 3 à 5 millimètres, d'une teinte rouge foncé, quelquefois brunâtre ou violacée et d'une consistance assez dure, perceptible au doigt. Chaque papule repose sur une base érythémateuse souvent indurée; son sommet est recouvert en son centre par un épithélium luisant et mince, tandis que les contours sont marqués par une couronne épidermique épaisse et frangée, plissée de façon à former de petites stries rayonnées. Toutefois, la papule ne présente pas toujours cet aspect caractéristique; quelquefois, elle est au niveau des téguments et peu perceptible au doigt; souvent la collerette épidermique fait complètement défaut; enfin, le centre peut s'ulcérer. De plus, certaines papules peuvent se rejoindre, se confondre de façon à constituer une large plaque à bords irréguliers où l'on reconnaît le vestige de chaque élément par une petite ulcération. Quand les papules sont bien séparées les unes des autres, il reste entre elles des espaces où la peau peut être saine. Le plus souvent cependant elle est couverte de reliquats d'érythème simple; quelquefois, elle est parsemée de taches d'une couleur rouge-brun plus ou moins sombre, même de teinte ardoisée, qui sont des vestiges de papules en voie de décroissance. On trouve, en outre, des érosions de la forme et de la dimension des papules, saillantes ou déprimées, de couleur rouge vif et saignant au moindre contact.

Toutes ces papules et érosions sont en nombre variable; parfois, on n'en voit que quatre ou cinq, mais le plus souvent, on en

compte trente, quarante et même davantage, soit isolées les unes des autres, soit réunies de façon à former une plaque à contours circinés ou serpigineux.

Jamais la papule ne paraît spontanément, et, si elle semble primitive, c'est que la vésicule éphémère n'a pas été aperçue. Il arrive que sur le même sujet on voit à côté des papules des éléments vésiculaires et des érosions plus ou moins surélevées qui indiquent les divers stades parcourus par l'éruption. Nous avons vu, en effet, que l'érosion peut guérir, mais le plus souvent il n'en est pas ainsi. Le derme, mis à nu par l'éclatement de la vésicule et baignant dans les liquides excrémentitiels, réagit de diverses façons : ou bien il cicatrise sans bourgeonner et ne laisse après lui aucune saillie ; ou bien il se tuméfie, ses bords font saillie, son centre se déprime et l'on a une papule incomplète ; ou, enfin, il se soulève uniformément, forme une pseudo-papule, lisse, de couleur rouge sombre, de consistance plus ou moins dure et de la forme même de l'érosion qui lui a donné naissance. Cela nous explique le processus formatif de la papule due à une prolifération interstitielle inflammatoire du derme qui engorge, indure et soulève le corps papillaire au-dessous d'une érosion. Quant au plissement épidermique rayonné, il se forme de la manière suivante : autour de l'ulcération, la cicatrisation se fait sans saillie, tandis que le centre tuméfié et sous-tendant en quelque sorte l'épiderme nouveau le force à se plisser autour de lui. La durée de la papule est plus ou moins longue, les traces qu'elle laisse restent longtemps avant de s'effacer. L'élément papuleux disparaît en s'affaissant peu à peu, en se flétrissant et laissant comme vestige de son passage une tache violacée qui persiste sur la peau pendant longtemps. Souvent, il arrive qu'au moment où les papules s'affaissent et disparaissent, d'autres éléments paraissent dans les espaces restés sains, et l'on a ainsi des poussées successives, quelquefois subsistantes les unes dans les autres. Il peut survenir, en outre, les mêmes complica-

tions que dans l'érythème érosif si les papules sont ulcérées et le derme mis à nu.

Histologiquement, les lésions sont plus profondes que dans l'érythème vésiculeux, car ici c'est le derme qui est surtout intéressé. La couche cornée est très épaissie; les colonnes intradermiques sont comme boursoufflées; le derme est le siège d'une multiplication nucléaire intense; les corpuscules néoformés constituent des groupes si compactes que l'on ne voit plus les vaisseaux. Telles sont les modifications que l'on observe au niveau d'une papule.

L'érythème papuleux succédant à l'érythème vésiculeux occupe le même siège que celui-ci; mais sa localisation est plus nette et il forme un vaste fer à cheval dont les fesses sont la courbure et les cuisses les deux branches. Sur les cuisses, la lésion est séparée en trois départements bien tranchés par les deux gros replis que l'on trouve en cette région chez les enfants gras et replets. On a remarqué que les éléments papuleux étaient plus rares et moins saillants sur les organes génitaux ainsi qu'au voisinage de l'anus. A mesure que l'on s'éloigne des fesses, ils deviennent plus petits et plus disséminés. A l'extrémité libre du scrotum, on trouve des papules moins nettes, mais il se produit souvent des ulcérations de forme irrégulière entourées d'une tuméfaction œdémateuse. A la partie juxta-anale des grandes lèvres on voit aussi de larges ulcérations, surtout chez les enfants amaigris; enfin, les ulcérations sont plus fréquentes sur le périnée et la région anale que partout ailleurs, excepté chez les enfants replets où ces parties sont protégées par les ischions bien fournis.

Ici, comme dans l'érythème vésiculeux, la cause occasionnelle de l'éruption est le séjour prolongé des matières fécales altérées et acidifiées par fermentation; mais le processus est différent : tandis que, dans le premier cas, la peau mal nourrie chez un sujet affaibli se macérait et que l'épiderme ramolli se soulevait pour former

une vésicule, dans l'érythème papuleux c'est le derme mis à nu au niveau d'une érosion qui bourgeonne au contact des liquides irritants. Pour que cette réaction vive ait lieu, il faut que le sujet soit vigoureux et que sa peau ait de la vitalité; cela explique pourquoi on trouve cette forme d'érythème plutôt chez des sujets robustes et âgés de 6 à 10 mois. On a vu apparaître quelquefois, il est vrai, chez des sujets cachectisés, un semis papuleux avec une rougeur diffuse sur les téguments, mais alors les papules étaient petites, mal formées et peu saillantes. Plus le derme est bien vascularisé, plus le bourgeonnement dermique et l'hypertrophie papillaire sont nets. Parrot, contrairement à cette opinion, a écrit qu'il n'a « jamais vu l'érythème papuleux chez des enfants de belle apparence, mais que presque tous avaient la marque cachectique ». L'erreur provient de ce que Parrot confond cette forme particulière d'érythème avec la syphilide papuleuse qui apparaît chez des enfants cachectisés par la diathèse syphilitique.

Le diagnostic est souvent difficile à faire d'avec les manifestations cutanées de la syphilis, et des cliniciens expérimentés, Valleix, Parrot, Diday, Barthélemy, ont fait souvent erreur. Objectivement, il est presque impossible de différencier un élément isolé de l'érythème papuleux d'une syphilide lenticulaire prise à l'état jeune. On a bien dit que la syphilide était plus saillante, qu'elle s'étalait en plaques suintantes, ulcérées et recouvertes d'une croûte brune; Rayer prétend que sa teinte cuivrée particulière suffit seule pour la faire reconnaître; mais tous ces caractères sont trop variables pour permettre d'affirmer un diagnostic.

Le « plissement épidermique rayonné à plis très fins et parallèles » qui entoure la papule érythémateuse est il bien différent de la fine brisure de l'épiderme qui constitue la collerette de Biett? Cela n'est pas bien prouvé. Du reste, cette collerette, constituée par la couche cornée de l'épiderme qui se dessèche et se sépare du corps muqueux de Malpighi, ne serait pas, d'après Jacquet,

spéciale aux syphilides. Il faut plutôt, pour affirmer le diagnostic, tenir compte de circonstances secondaires qui ici prennent une importance capitale. D'abord, il est rare de trouver des syphilides *disciplinées*, comme les appelle Fournier, c'est-à-dire restant localisées à une région du corps en respectant le reste des téguments; l'érythème post-érosif, au contraire, a un siège spécial sur les fesses et, s'il rayonne de là sur les parties voisines, on retrouve sur les fesses le maximum de l'éruption. De plus, sur les parties qu'il atteint, il prend une disposition symétrique à peu près toujours la même et respecte intégralement la profondeur des replis cutanés; la syphilide, au contraire, est essentiellement vagabonde, souvent elle se cache dans les replis cutanés et est fréquente au voisinage de l'anus. Ensuite, dans l'éruption post-érosive, il arrive rarement de ne plus retrouver à la périphérie du mal quelques éléments vésiculeux encore gonflés de liquide, tandis qu'il serait exceptionnel de voir une poussée de syphilides vésiculeuses coïncider avec l'éruption papuleuse. Enfin, il faut examiner si l'enfant ne porte pas sur lui d'autres stigmates de la syphilis : s'il est venu avant terme, s'il est malingre et chétif, si l'on retrouve sur la plante des pieds et la paume des mains les vestiges circulaires des bulles pemphigoïdes, le diagnostic est presque confirmé; si l'on constate des plaques muqueuses péri-anales, des fissures aux commissures labiales, des sillons ulcérés entre le cuir chevelu et le pavillon de l'oreille, on peut affirmer la diathèse. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'érythème papuleux peut atteindre un enfant syphilitique ayant de la diarrhée; le critérium sera alors l'efficacité du traitement spécifique. Plus tard, les syphilides papuleuses laissent après leur guérison des empreintes indélébiles sous la forme de cicatrices blanchâtres entourées d'une zone violacée; les papules post-érosives, au contraire, disparaissent lentement, mais sans laisser de traces.

En somme, pour différencier les deux ordres de lésions, il n'est

pas suffisant de s'arrêter sur tel ou tel signe particulier, il faut tenir compte de l'ensemble de tous les faits que nous venons d'exposer pour établir un diagnostic bien certain.

Dans le cas où l'érythème papuleux est irrité et présente une surface rouge et tuméfiée, on peut le confondre avec une plaque d'érysipèle. Mais, dans cette affection, d'abord la température subit une élévation notable; de plus, l'éruption prend son point de départ sur une érosion de la peau (pustule vaccinale, ulcération que laisse après elle la chute du cordon ombilical, etc.), et il est rare de la voir limitée aux fesses. En outre, la tuméfaction érysipélateuse forme une plaque continue circonscrite sur ses bords par une sorte de bourrelet où la partie malade tranche vivement sur la peau saine par sa coloration rouge; la plaque papuleuse, au contraire, est entourée d'une zone légèrement rosée. Quand les bourses sont tuméfiées, le diagnostic est plus délicat, toutefois les parties œdématiées sont dépressibles sous le doigt dans l'érythème, tandis qu'elles résistent dans l'érysipèle. Le prurigo et le strophulus se distinguent de l'érythème papuleux par les démangeaisons qu'ils déterminent. Pour l'érythème polymorphe, il y a plutôt erreur de mots que de fait, car dans cette affection il n'y a pas de papules. La lésion est une simple tuméfaction limitée du derme et du réseau papillaire survenant à la suite d'une congestion œdémateuse. Donc, il y a, dans ce cas, papulation et non bourgeonnement. Dans le lichen, les papules par places sont plus rapprochées, de façon à constituer une surface rugueuse souvent excoriée et recouverte de croûtes; il est rare qu'elles se limitent aux fesses; du reste, elles sont très petites, ombiliquées et recouvertes d'un épiderme très luisant caractéristique.

En somme, le diagnostic différentiel n'est difficile à établir qu'avec les manifestations cutanées de la syphilis; quoi qu'il en soit, de toutes les dermatoses que nous venons de passer en revue, l'érythème papuleux est celle qui a le pronostic le plus bénin. Les

légères cuissons et les démangeaisons qu'il détermine quelquefois peuvent agiter l'enfant, le priver du sommeil et l'empêcher de bien se nourrir. Dans la plupart des cas, cependant, il disparaît rapidement. Quand le sujet est cachectisé, la cicatrisation est plus lente, la peau se renouvelle avec peine et peut rapidement s'ulcérer. Il faut alors, pour éviter les complications, protéger les parties atteintes.

Le traitement est des plus simples. La première indication à remplir est de supprimer les causes d'irritation par des lavages fréquents faits avec des solutions légèrement astringentes ou antiseptiques. On peut aussi ordonner de grands bains très courts. Après chaque bain, l'enfant devra être essuyé avec du linge fin et les parties malades seront recouvertes de poudres inertes ou de pommade boriquée. Sous l'influence de ces simples topiques, la guérison sera sûre bien que lente.

2° Erythème intertrigo.

Contrairement aux formes que nous venons d'étudier, l'érythème intertrigo, loin de respecter les replis cutanés, se loge au contraire dans leur profondeur.

L'érythème intertrigo est une éruption artificielle qui n'est pas particulière aux nourrissons ; elle se rencontre chez l'adulte, mais elle a, chez l'enfant, une importance remarquable par sa fréquence extrême et sa coïncidence avec d'autres éruptions érythémateuses.

Toutes les mères et les nourrices connaissent bien ces rougeurs qui apparaissent dans les replis cutanés de leurs bébés et qu'elles appellent des « coupures ». Ces coupures peuvent affecter plusieurs degrés : d'abord on a la simple rougeur érythémateuse, de teinte plus ou moins vive, accompagnée de prurit, de cuisson, et gênant les mouvements de l'enfant ; elle est surtout localisée dans les plis les plus soumis aux frottements et va en pâlissant à mesure

qu'on s'éloigne de leurs bords. Ensuite, il peut survenir une irritation plus vive; la peau s'enflamme, s'humidifie, et la lésion revêt l'aspect d'un eczéma enflammé. Au bout d'un certain temps, les sécrétions accumulées à la surface de la peau produisent une sorte de macération de l'épiderme qui s'excorie superficiellement et laisse suinter un liquide séro-purulent d'une odeur fade, quelquefois très fétide; ces excoriations étroites et allongées siègent dans le fond des replis cutanés, surtout aux fesses et aux parties génitales. Enfin l'intertrigo peut se compliquer de furoncles, d'abcès dermiques, de glandes sudoripares et se comporter comme un eczéma séborrhéique ordinaire.

Toutefois, la lésion ne se limite pas toujours aux surfaces en contact. Elle chemine progressivement, s'attaquant aux follicules pileux et aux aréoles dermiques et s'entourant d'un bourrelet circonférentiel toujours grandissant. Alors la sécrétion devient plus abondante et plus purulente, bien que souvent le processus ulcératif reste limité. Si la marche n'est pas enrayée, il peut s'établir une dermite érosive diffuse s'étendant peu à peu par le ramollissement graduel de l'épiderme et se couvrant quelquefois de membranes diphtéritiques comme l'a décrit Wertheimher. Enfin la peau peut se sphacéler et la plaque gangréneuse augmente progressivement en surface.

Ces faits de généralisation sont rares et le plus souvent l'intertrigo ne dépasse pas les bords des replis cutanés. On le rencontre surtout aux plis de l'aine, aux replis génito-cruraux, dans le sillon interfessier; quelquefois on l'observe dans le creux poplité, dans les replis formés par les bourrelets de graisse et s'étageant à la partie postérieure des cuisses; on le voit encore, mais plus rarement, au creux de l'aisselle, au niveau du cou et de la nuque, dans les espaces interdigitaux et même entre le cuir chevelu et le pavillon de l'oreille. En somme, il est partout où deux surfaces épidermiques sont en contact et frottent l'une contre l'autre; son

développement est favorisé par l'accumulation des sécrétions graisseuses et sudorales, la macération des débris épithéliaux et la présence de certains parasites. Toutes ces conditions favorables à son développement se trouvent réunies dans les replis profonds qui entourent les fesses, surtout dans le pli génito-crural.

L'intertrigo se rencontre surtout chez les enfants gras et malpropres. Il est artificiellement causé par le contact et le frottement de deux surfaces épidermiques entre lesquelles la sueur séjourne et s'altère. Il est d'autant plus fréquent que l'épiderme est plus fin, la peau plus mal nourrie et les sécrétions plus acides; aussi le trouve-t-on souvent chez des enfants atteints de ralentissement de la nutrition, obèses, arthritiques et athrepsiques. Il est fréquent chez les enfants à cause de la suractivité des glandes sébacées qui produisent beaucoup de matières graisseuses à cet âge. Le séjour des matières fécales et de l'urine favorise aussi sa production, mais il ne faut pas admettre l'opinion trop exclusive de Duhring qui le croit « toujours dû à des dérangements du ventre et à la présence de vers intestinaux ». On a prétendu qu'il était dû uniquement à la présence de micro-organismes; on trouve, en effet, sur les régions atteintes, des bacilles, des micrococques, mais ce sont de simples bactéridies qui fréquentent communément la surface de l'épiderme; Bizzozero a cru trouver un microbe spécial qu'il a appelé le *leptothrix epidermalis,* mais c'est là le microbe commun de la sueur devenue acide par la fermentation. Donc, on ne peut soutenir que la lésion est due à un microbe spécial, on peut admettre seulement qu'elle favorise l'éclosion des parasites locaux à sa surface.

On a pu confondre l'intertrigo avec l'eczéma à la période érythémateuse, mais celui-ci a des bords moins nets et plus pâles et il ne se limite pas à la profondeur des plis. Quand l'intertrigo est un peu suintant, le diagnostic est plus difficile ; mais il est généralement plus humide que l'eczéma et son liquide n'empèse

pas le linge ; du reste, il ne recouvre jamais de squames épaisses et de croûtes jaunâtres. Enfin, dans l'eczéma, la sécheresse est précédée d'humidité, tandis que dans l'intertrigo le processus est tout opposé. On trouve dans les replis cutanés des plaques muqueuses que l'on peut confondre avec l'intertrigo suintant et ulcéré, mais celui-ci n'a jamais l'aspect grisâtre, la forme discoïde et la consistance indurée de la plaque syphilitique. On trouve dans la profondeur des replis voisins des organes génitaux des syphilides squameuses ou papulo-érosives confluentes ou étendues en nappe, mais ces manifestations apparaissent tout-à-coup et ne sont pas dues au frottement et à la malpropreté. Du reste, quand on n'a pas de preuves certaines de la syphilis, il suffit d'attendre un ou deux jours ; l'intertrigo soigné se modifie très rapidement, tandis que les lésions spécifiques ne cèdent qu'à un traitement approprié. Pour l'intertrigo rétro-auriculaire, on a remarqué que les fissures dues à la syphilis affectent plutôt la partie supérieure du sillon. On peut encore confondre l'intertrigo avec la *tricophytie,* mais l'herpès circiné coïncide avec d'autres modifications et possède un parasite spécial; en outre, il a une extension centrifuge, et la plaque est nettement bordée par une ligne âpre très marquée circonscrivant des espaces rougeâtres ; du reste, cette lésion se distribue inégalement aux deux côtés du corps tandis que l'intertrigo est le plus souvent symétrique. Le diagnostic différentiel d'avec les érythèmes diarrhéiques est inutile à établir, puisque ceux-ci respectent toujours les plis.

L'intertrigo, dans sa forme la plus simple, ne dure souvent que quelques heures et cède aux premiers soins de propreté. Chez certains sujets cependant, surtout chez les arthritiques, il résiste pendant des mois, récidive fréquemment, favorisé par l'acidité même des sécrétions.

Quoi qu'il en soit, le pronostic est le plus souvent bénin. Quand la généralisation se produit rapidement, la vie de l'enfant

peut être mise en danger; mais ces cas sont exceptionnels. L'intertrigo peut gêner les individus qui en sont porteurs par le prurit et les picotements qu'il occasionne, amener des troubles digestifs et de l'amaigrissement. Aussi faut-il promptement le traiter.

La thérapeutique sera des plus simples; elle remplira trois indications principales : laver, sécher et séparer les parties malades. On emploiera les lotions astringentes à base d'acétate de plomb ou de potasse, les poudres inertes quand la peau n'est ni ulcérée ni suintante, enfin les pommades au calomel, à l'oxyde de zinc. Dans les cas plus graves, Wertheimher conseille la liqueur de van Swieten coupée de moitié d'eau et maintenue sur des compresses quatre ou cinq heures par jour. Pour nous, le sublimé au quart et la poudre de talc nous paraissent préférables. Quand il y a des membranes diphtéritiques, il faut faire un véritable pansement à l'iodoforme. Quand il y a du sphacèle, il faut agir vite par les antiseptiques; il se forme un sillon d'élimination circonscrivant une eschare qui, une fois détachée, laisse à nu une surface bourgeonnante qui se cicatrise en une quinzaine de jours. Dans tous les cas, la première indication à remplir est de tenir l'enfant bien propre, d'éviter les contacts irritants de l'urine et des matières fécales et d'interposer entre les surfaces en contact des poudres fines et onctueuses.

3° Erythème vacciniforme syphiloïde.

Il nous reste à étudier une forme spéciale d'érythème survenant chez des enfants de trois à huit mois, et plus importante par les erreurs de diagnostic qu'elle entraîne que par sa fréquence.

L'érythème vacciniforme fut pendant longtemps rangé parmi les manifestations cutanées de la syphilis. Besnier, à cause de sa ressemblance avec les exanthèmes diathésiques, l'appela érythème vacciniforme syphiloïde, Fournier éruption vaccino-syphi-

loïde, et Hallope herpès vacciniforme; mais, malgré ces appellations différentes, ces trois auteurs ont bien décrit la même lésion et démontré clairement qu'il fallait le ranger parmi les érythèmes non spécifiques.

L'érythème vacciniforme suit le processus des érythèmes diarrhéiques; il débute par une petite tache rouge érythémateuse sur laquelle se développe, au bout d'un temps très court, une petite vésicule plate, ombiliquée, en tout semblable à la vésicule du vaccin six ou sept jours après l'inoculation. Au bout de quelques jours, souvent d'un temps assez long, les vésicules crèvent; le derme, mis à nu, donne naissance, par bourgeonnement, à une large papule plate, arrondie, de diamètre souvent variable. Le sommet de ces papules est ulcéré en son centre, recouvert d'une croûtelle jaunâtre; parfois, il prend un aspect grisâtre et laisse suinter un liquide visqueux; l'aspect de la papule est celui d'une plaque muqueuse, et c'est ce qui a contribué à induire les auteurs en erreur.

D'autres fois, la papule est surélevée sur ses bords, entourée d'un petit bourrelet blanc grisâtre, d'aspect couenneux, avec une auréole rosée périphérique. Enfin, elle s'élargit en surface de façon à constituer des plaques arrondies ou à contours serpigineux.

Cette éruption d'un aspect si particulier peut envahir tous les téguments, mais le plus souvent elle reste limitée aux organes génitaux, au périnée, aux fesses et à la partie postérieure et interne des cuisses.

En général, elle est peu confluente et dure quelques jours au plus; il se produit quelquefois des poussées successives, de façon que la lésion persiste pendant des semaines et des mois et disparaît difficilement. Du reste, quelle que soit sa durée, elle n'altère en rien la santé de l'enfant.

On ne sait à quelle cause attribuer cette éruption. On ne peut

accuser la diarrhée, car elle n'a aucune influence sur son évolution. On croit plus généralement qu'elle est due à un élément microbien, que l'on n'a pas encore découvert. Dans tous les cas, elle n'est certainement pas d'origine syphilitique; d'abord les antécédents spécifiques manquent le plus souvent; de plus, son siège n'est pas celui des manifestations de la syphilis. Enfin, la plaque muqueuse a une forme et un aspect un peu différents; elle n'est pas surélevée sur les téguments et s'accompagne généralement, au contraire, d'une perte de substance.

On pourrait confondre la papule avec une pustule de vaccin, mais celle-ci a un siège spécial et une évolution caractéristique. La papule variolique est accompagnée de fièvre et de symptômes généraux particuliers. L'herpès circiné se disperse en plaques plus étendues, à bords plus régulièrement arrondis, limités par un bourrelet se détachant nettement en couleur foncée sur les téguments sains. Enfin, la vésicule de l'érythème vésiculeux n'est pas ombiliquée et les éléments de l'érythème papuleux ont tous un diamètre égal sur une partie; ils ne sont pas exulcérés à leur centre et leur bourse, lit épidermique, ne ressemble pas à celui de l'érythème vacciniforme ; du reste, la durée de l'éruption est moins éphémère et la papule disparaît plus lentement.

Quant au traitement, il se borne aujourd'hui aux soins de propreté et aux pommades antiseptiques. Du reste, il n'aura quelque efficacité que le jour où l'on connaîtra la cause du mal.

4° Dermatite exfoliatrice.

Bien que ne se rangeant pas parmi les érythèmes et surtout les érythèmes fessiers, il est bon de ne pas oublier ici une affection rare et curieuse, sorte de dermatite qui se diffuse sur la totalité des téguments et gêne souvent le diagnostic. Ritter von Rittershain qui, en 1868, avait déjà publié sur elle quelques notices, la

décrivit longuement en 1878 dans un journal de clinique de Berlin, sous le nom de dermatite exfoliatrice ou desquamative. Baginsky résume l'article de Ritter dans son Traité sur les maladies des enfants. Enfin, M. le Dr Moussous a bien voulu nous communiquer deux observations typiques que nous consignons à la fin de ce travail.

La maladie de Ritter est une affection non contagieuse, s'attaquant de préférence aux garçons; bien qu'on la rencontre même chez des sujets vigoureux, elle semble avoir une prédilection pour les sujets affaiblis. Elle débute ordinairement de la première à la troisième semaine de la vie, rarement après la cinquième.

L'éruption parcourt plusieurs stades. Après une légère desquamation — *stade prodromique* — elle débute aux endroits où l'épiderme est le plus mince, à la face ou à l'abdomen. Le visage est couvert d'une rougeur diffuse qui se propage bientôt sur la totalité du revêtement cutané; cette généralisation se fait sans symptômes fébriles ni retentissement fâcheux sur les fonctions de l'organisme. La rougeur est plus intense à la moitié inférieure du corps, sur le ventre au-dessous de l'ombilic et sur les fesses. La peau est gonflée, luisante, tendue, recouverte d'une couche épidermique très amincie. Autour des orifices naturels, elle ressemble à un vernis craquelé; sur les muqueuses, apparaissent des sortes de rhagades visibles surtout aux lèvres et accompagnées quelquefois d'une desquamation abondante de l'épithélium buccal et d'aphtes de Bedner qui apparaissent sur la voûte palatine. C'est là le *stade érythémateux*. Au bout de 2 ou 3 jours, l'épiderme se détache en squames plus ou moins étendues ou plutôt en plaques volumineuses très sèches. Quelquefois un peu de liquide soulève les couches inférieures de l'épiderme qui se soulève et tombe, laissant le derme à peine recouvert d'une très mince pellicule transparente.

Les téguments sont d'une couleur rouge de chair; tantôt ils

restent humides et moites, tantôt ils se recouvrent de croûtes minces. C'est là le *stade d'exfoliation* qui dure de 7 à 10 jours au plus. Il est à remarquer que les membres sont atteints par la desquamation plus tard que le tronc et que celle-ci est surtout très marquée à la paume des mains et à la plante des pieds où l'épiderme se détache en larges lambeaux.

Sous l'influence du traitement l'épiderme détaché se reforme, la rougeur persiste quelque temps encore, puis pâlit et reprend peu à peu la couleur normale de la peau. La convalescence est quelquefois longue, la desquamation persiste pendant des jours et des semaines ; l'on voit apparaître des petits furoncles quelquefois très confluents et de petits abcès sous-cutanés limités. Enfin, sur les fesses et la partie postérieure des cuisses, se forment souvent de petites vésicules contenant un liquide plus ou moins louche ou même de véritables phlyctènes qui crèvent et disparaissent bientôt.

Il y a dans cette lésion un trouble trophique de la peau, dû peut-être à un mauvais état de nutrition générale. Ritter croyait que l'origine du mal était une infection septicémique, mais cela n'est pas prouvé dans la plupart des cas.

Quoi qu'il en soit, nous sommes convaincu que cette maladie est plus fréquente qu'elle ne paraît l'être et que bien des médecins la confondent avec l'eczéma généralisé ; cependant les surfaces tégumentaires restent toujours dans un état de sécheresse particulier, tandis que, dans l'eczéma, elles s'humidifient dès que commence l'exfoliation. Quand il y a de grosses bulles phlycténoïdes, on peut confondre la lésion avec le pemphigus, mais dans cette dernière affection l'apparition des bulles précède la rougeur et l'éruption se renouvelle par poussées successives ; enfin, on ne peut confondre la maladie de Ritter avec les érythèmes ainsi généralisés, mais la présence de squames, le mode d'invasion, la marche de la lésion, suffisent pour empêcher l'erreur de diagnostic.

Le pronostic dépend de l'état général du sujet. Il ne faut pas oublier que la totalité des téguments sont souvent atteints, que les fonctions de la peau sont momentanément supprimées et que le petit enfant a beaucoup à souffrir. Néanmoins, les enfants vigoureux résistent généralement, les sujets faibles et cachectisés, au contraire, succombent d'épuisement et, comme la maladie atteint plutôt que les autres les enfants arrivés au dernier degré de l'athrepsie et épuisés par des diarrhées rebelles, elle semble faire beaucoup de victimes. Lors de son apparition, elle est comme le coup de fouet du mal, les phénomènes de consomption s'accentuent et dans la moitié des cas la mort survient très rapidement, due plûtôt au mauvais état général de nutrition et aux maladies intercurrentes qu'à l'affection elle-même.

Le traitement consiste en soins généraux : bains, onctions avec des corps gras. Gewser conseille l'emploi de la pommade salicylée.

II

ERYTHÈMES NON ENCORE CLASSÉS

SURVENANT CHEZ LES ENFANTS AGÉS DE PLUSIEURS MOIS

1° Erythème de dentition.

Dans la première partie de ce travail, nous avons étudié des formes d'érythèmes bien classées par les auteurs, nous allons nous occuper maintenant des érythèmes survenant chez les enfants plus âgés, non encore classés et imparfaitement décrits.

La vie de l'enfant de 6 mois à 2 ans est toute entière remplie par un grand travail physiologique, la formation des dents, fonction qui retentit sur tous les appareils et fait dépérir souvent les enfants les plus vigoureux.

La poussée dentaire se manifeste du côté de la peau par des troubles de nutrition déterminant un exanthème d'un aspect tout spécial, décrit autrefois par Valleix.

Cet érythème débute par une simple rubéfaction de la peau d'abord localisée aux fesses et aux organes génitaux, puis s'étendant en placards irréguliers sur les lombes, le bas-ventre et les cuisses. Il présente une couleur uniforme d'un rouge très vif ; l'épiderme est brillant ; comme vernissé. Souvent la peau tendue est coupée de petites crevasses peu profondes et semble enduite d'une légère couche de collodion desséché ; on remarque, en outre, des solutions de continuité linéaires allant jusqu'au derme et laissant suinter un peu de liquide séreux. Toutes ces crevasses

sont allongées, très étroites et ne présentent pas les formes plus ou moins arrondies des ulcérations de l'érythème vésiculeux.

L'éruption est limitée par des contours serpigineux et arrondis, souvent couverts de légères squamules furfuracées se détachant nettement sur la peau saine par leur couleur rouge plus foncée.

Cet érythème, limité aux fesses et à la partie postérieure des cuisses, est fréquent non seulement à la consultation gratuite de l'hôpital, mais encore en ville, dans des familles aisées où les enfants sont nourris et nettoyés avec le plus grand soin; il n'est donc pas dû aux irritations extérieures et est uniquement lié au travail d'un groupe dentaire. Aussi il est souvent rebelle à tout traitement et ne disparaît que quand les dents sont écloses. Il récidive même fréquemment en poussées successives, quelquefois subintrantes les unes dans les autres, persiste avec la même intensité pendant plusieurs mois, jusqu'à ce que l'évolution dentaire soit complètement terminée.

La cause intime nous échappe. Cependant, le travail dentaire produit une douleur suffisante pour agir sur le système nerveux et gêner la nutrition des téguments par action réflexe.

Quoi qu'il en soit, pendant la présence de l'éruption, l'enfant est inquiet, privé de sommeil, souvent agité au point d'avoir des convulsions; il tousse aussi un peu; mais tous ces phénomènes semblent plutôt devoir être rapportés au travail dentaire dont l'éruption n'est qu'une manifestation. On a cherché à faire disparaître le mal le plus tôt possible afin de ménager la santé de l'enfant; malheureusement, la thérapeutique a toujours échoué et il faut attendre que le groupe de dents ait apparu.

Cette éruption ne peut être confondue avec l'eczéma, plutôt à cause de son mode d'invasion, de son siège particulier et de sa coïncidence avec l'évolution des dents que de ses caractères objectifs. On la distingue de l'érythème simple diarrhéique en ce que ses bords, mieux délimités, sont recouverts de légères squa-

mules, que sa surface est généralement plus sèche, et que son apparition peut avoir lieu en l'absence de tout flux diarrhéique.

2° Erythèmes de décubitus.

Il est une autre espèce d'érythème mal défini, se rapprochant par ses caractères objectifs de l'érythème vacciniforme et survenant le plus souvent chez des enfants de cinq mois à deux ans, affaiblis, maintenus depuis longtemps au lit, soit à cause de leur mauvaise santé, soit par l'incurie de leurs parents. Cet érythème présente deux aspects différents suivant qu'il se rattache au décubitus aigu ou au décubitus commun.

Dans le décubitus aigu, plus particulier aux enfants affaiblis et aux nouveau-nés, l'exanthème paraît rapidement, quelquefois même au bout de plusieurs heures. On voit sur tout le siège de grosses vésicules, quelquefois même des bulles ressemblant aux boutons de vaccin du 6e au 7e jour, peu surélevées au-dessus des téguments, incomplètement remplies de liquide, reposant sur une peau flasque, ridée, macérée, mais encore résistante. Ces vésicules persistent ordinairement pendant quelques jours, souvent pendant une ou deux semaines, sous leur forme primitive, puis elles se déssèchent, se recouvrent d'une croûtelle, ou le plus souvent s'affaissent sans se crever, se ratatinent, se durcissent, laissant en leur place une petite saillie mamelonnée, perceptible au doigt qui bientôt disparaîtra pour ne plus laisser de traces.

Dans le décubitus commun, plus rare et survenant au bout d'un temps variable à la suite de l'éruption que nous venons de décrire, la couche épidermique est enlevée et le derme mis à nu bourgeonne à l'air libre. Il se forme alors des papules plus ou moins régulières dont le sommet s'exfolie et laisse voir une surface blanchâtre et sphacélée.

Souvent, que l'éruption soit vésiculeuse ou qu'elle soit papu-

leuse, les éléments se succèdent en poussées subintrantes pendant des semaines et même des mois. Ils se développent par groupes et sans symétrie, attaquant surtout le côté du corps sur lequel l'enfant repose le plus habituellement. Les régions les plus fréquemment atteintes sont : la partie saillante des fesses, les faces postérieures et latérales des cuisses et quelquefois le périnée.

Ces éruptions proviennent de la mauvaise nutrition des tissus. Quand l'enfant, déjà affaibli par la maladie, repose depuis longtemps sur la même région, la simple pression prolongée comprime les vaisseaux et empêche les tissus de se nourrir; de plus, le contact prolongé des linges souvent grossiers et humides chez ces enfants que l'on change difficilement, la macération de l'épiderme dans l'urine, mettent la peau dans l'impuissance de réagir. Quand l'éruption se fait en quelques heures, nous pouvons invoquer l'irritation des nerfs qui détermine, par action réflexe, l'apparition de l'exanthème; mais, le plus souvent, l'exanthème se fait tardivement et nous avons affaire à une dénutrition lente de l'épiderme macéré et peu résistant qui se soulève en vésicules aux places où l'irritation est la plus vive. Enfin, souvent, on n'a là qu'une éruption d'origine dentaire se modifiant chez un sujet affaibli et dont le derme mal nourri ne cherche qu'à s'enflammer.

Le diagnostic, dès l'abord, paraît embarrassant, car ces éruptions revêtent à peu près l'aspect, la dimension et la persistance des éléments érythémateux produits par la diarrhée chez les enfants plus jeunes. Il faut, pour affirmer une opinion, considérer l'âge du sujet et les conditions dans lesquelles il vit.

Du reste, le diagnostic est peu utile à connaître, car là encore le traitement le plus simple est très efficace. Il suffit de coucher l'enfant dans un lit bien sec, de le faire reposer sur du linge fin ou usé, de le lever le plus souvent possible ou, s'il ne peut quitter son lit, de changer, de temps en temps, le côté sur lequel il repose. De plus, on peut lui ordonner les mêmes topiques que

pour les érythèmes diarrhéiques : pommades onctueuses, poudres inertes et soins de propreté.

3° Erythème squameux.

Enfin il nous reste à étudier une dernière forme d'érythème qui se distingue de toutes les autres par son aspect desséché. Madier de Champvermeil, qui l'a étudiée particulièrement, en fait une lésion d'ordre syphilitique, à cause de sa ressemblance objective avec la syphilide squameuse. Parrot la décrit sous le nom de *syphilide néoplasique simple diffuse,* mais il fait remarquer qu'on peut la trouver chez des sujets forts et vigoureux non encore cachectisés par la diathèse. Pour nous, nous croyons avec Sevestre que cet érythème doit être classé parmi les érythèmes simples, car nous en avons vu à la consultation de l'hôpital quelques exemples chez des sujets certainement non entachés de syphilis. Toutefois, nous avons remarqué qu'il coïncidait le plus souvent avec une poussée dentaire. Doit-on donc le rattacher à la dentition? Cela est fort probable, bien qu'il diffère entièrement des autres érythèmes de dentition par la prédominance des squames. On peut aussi invoquer l'arthritis héréditaire qui prédispose les enfants aux éruptions cutanées eczémateuses. Quoi qu'il en soit, nous avons remarqué que les sujets atteints d'érythème squameux étaient généralement forts et bien développés et ne portaient pas la marque d'une cachexie syphilitique ou autre.

L'érythème squameux débute par une large écaille épidermique, blanche, sèche et épaisse, qui recouvre toute la région qui va être atteinte. Cette squame se soulève tout d'un bloc en commençant par son centre, tombe et laisse à sa place une surface de couleur presque cuivrée, vernissée, brillante et très sèche. L'épiderme est ridé transversalement, couvert de petites stries des sortes d'éraillures peu profondes; au contact de la main, il paraît

rugueux et épaissi. De place en place, il se soulève en petites squames très sèches qui se succèdent souvent pendant plusieurs semaines. Au début, ses bords sont bien nets, formés d'une sorte de bandelette épidermique légèrement indurée surtout du côté du pli fessier. Au bout d'un temps plus ou moins long, la desquamation cesse, l'épiderme reprend sa coloration d'un blanc rosé, les bords de la lésion deviennent de moins en moins nets et finissent par se confondre avec la couleur des téguments sains. Enfin la lésion arrive à la guérison lentement et progressivement.

L'érythème squameux reste limité à une région du corps et ne se généralise jamais sur la totalité des téguments. Gailleton prétend qu'il commence par la paume des mains et la plante des pieds et s'étend de là aux régions qu'il doit occuper définitivement. D'autres l'ont signalé à la partie antérieure du cou et du menton. Pour nous, nous ne l'avons vu qu'aux fesses et à la partie postérieure des cuisses où il formait un vaste fer à cheval ayant sa grande courbure aux crêtes iliaques et l'extrémité de ses branches aux creux poplités.

Telle est cette forme d'érythème tout à fait spéciale, décrite par Trousseau et Lasègue sous le nom de faux psoriasis et considérée par presque tous les auteurs comme syphilitique. D'aucuns prétendent qu'elle coïncide avec une poussée de papules, de pustules ou même d'ulcérations, mais ce sont là des lésions imputables à la diathèse et non dépendant de l'éruption que nous venons d'étudier. Du reste, le diagnostic différentiel d'avec la syphilide squameuse est impossible, car les caractères objectifs des deux lésions sont les mêmes, il faudra chercher chez les malades d'autres manifestations pour affirmer la diathèse.

Le pronostic de l'érythème squameux est des plus bénins. L'éruption cède aux traitements les plus simples et la pommade à l'oxyde de zinc suffit souvent pour faire tout disparaître.

OBSERVATION I (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème simple des fesses.

Louise A..., âgée de 5 mois, est présentée à la consultation gratuite de l'hôpital des Enfants, le 14 novembre 1891.

La petite malade ne porte aucune tare héréditaire. Elle a été bien vigoureuse pendant les deux premiers mois de son existence; mais la mère, n'ayant plus de lait, a été forcée de la mettre au biberon ; depuis ce jour elle a dépéri, la diarrhée n'a cessé qu'à de rares intervalles et, il y a une quinzaine de jours, des vomissements ont apparu, en même temps que la diarrhée verte.

L'enfant se présente à nous amaigrie et portant le cachet de l'athrepsie.

En examinant la région fessière, on remarque que les lombes, les fesses, le périnée et les cuisses sur leur face postérieure, sont recouverts d'une rougeur uniforme qui, à la partie antérieure du corps, remonte sur le bas-ventre jusqu'au nombril. Sur les fesses, la peau paraît rouge, luisante, comme vernissée; elle est amincie par places et striée de larges fissures linéaires d'où suinte un liquide séreux. Le pli sous-fessier est respecté, mais les cuisses sont couvertes d'une plaque rouge dont les bords tranchent nettement par leur coloration sur les téguments non atteints. Sur les mollets, l'éruption ne forme plus une plaque continue, mais se distribue en petites macules, de forme irrégulière, non-surélevées au-dessus de la peau et disparaissant momentanément sous la seule pression du doigt. Les grandes lèvres sont œdématiées; la peau a une consistance indurée bien que la couche cornée amincie laisse apercevoir le derme par transparence.

On recommande à la mère des soins de propreté minutieux.

L'enfant ne reparaît plus à la consultation.

OBSERVATION II (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème simple suivi d'exfoliation épidermique.

Louis C..., âgé d'un mois, entre le 3 mars 1892 dans le service de la Grande-Crèche.

Cet enfant, d'apparence peu robuste, présente tous les signes du rachitisme : chapelet thoracique assez prononcé, abdomen dur et proéminent, incurvation légère des tibias, fontanelle antérieure mesurant 6 centimétres sur 4. Il se nourrit mal, son poids reste stationnaire, sa peau semble épaissie.

La mère de l'enfant a eu autrefois des plaques muqueuses dans la gorge; tout a disparu depuis une douzaine d'années. Elle a eu une autre petite fille de 3 ans que l'on a frictionnée avec la pommade mercurielle et qui se porte bien maintenant. Chez notre malade, l'examen le plus minutieux ne révèle aucun stigmate de syphilis. Il est probable que l'athrepsie dont l'enfant est atteint est due à une évolution latente de la diathèse.

En examinant le siège du petit malade, on remarque que les fesses, le scrotum et la partie postérieure des cuisses sont couverts d'un érythème. L'éruption se présente sous la forme de petites taches d'un rouge vif, mesurant de 2 à 4 millimètres de diamètre, isolées les unes des autres quoique assez rapprochées; la pression seule du doigt suffit pour les faire disparaître momentanément. Autour de l'anus, l'éruption a pris une teinte plus vive et luisante; les éléments éruptifs se touchent par leurs bords de façon à former une large plaque mesurant au plus 1 centimètre ou 2 et présentant des contours serpigineux. Le scrotum est recouvert de taches semblables mais de couleur moins vive. Sur la partie postérieure des cuisses, la teinte est encore plus sombre et presque violacée; les taches ont perdu leur aspect luisant et quelques-unes même se couvrent d'une petite exfoliation épidermique blanc jaunâtre. Sur les mollets, on remarque une teinte

rouge uniforme des téguments visible aux endroits les plus exposés aux frottements. Sur la face interne du talon on trouve une vaste ulcération avec perte de substance, entourée d'épiderme macéré. La peau du talon est d'un rouge très vif, l'épiderme est aminci et transparent. La plante des pieds est aussi couverte d'une rougeur érythémateuse.

L'enfant se nourrit bien et tète avec appétit. Pas de diarrhée ni de vomissements. Son poids est de 3,300 gr. Pas de fièvre.

Il est confié à une nourrice de l'hôpital. On recommande les lavages fréquents et le saupoudrage avec la poudre d'amidon.

7 mars : On remarque une rougeur vive tout autour de la face plantaire; sur les bords de cette rougeur, l'épiderme s'isole ainsi sur que la face inférieure des orteils. — Sur le côté interne des cuisses et des jambes, la peau a pris un aspect farineux; à la face postérieure, le piqueté rougeâtre persiste. — Aux fesses et jusqu'à deux centimètres au-dessous du pli fessier, on voit de grandes plaques érythémateuses qui s'étendent jusqu'au creux poplité en diminuant de volume à mesure qu'elles s'éloignent du foyer de l'éruption. — Sur le scrotum, légère exfoliation épidermique s'étendant jusqu'au fourreau de la verge. Dans les replis du prépuce et du scrotum, intertrigo peu prononcé. — L'enfant a le bout des doigts comme les orteils; la desquamation ne remonte pas au delà de la deuxième phalange.

Au-dessous du nez, au-dessous de l'œil gauche et sur la lèvre supérieure, rougeur vive. Pas de muguet buccal. L'enfant semble assez vigoureux et se nourrit bien. Température oscillant entre 37° et 38°.

11 mars : L'enfant se nourrit bien; l'état général est excellent. Les taches s'effacent peu à peu et prennent une teinte plus sombre.

14 mars : L'érythème a presque complètement disparu; on ne retrouve plus guère aux points où les taches étaient situées qu'une rougeur rappelant par ses contours la place de la lésion. La peau a repris son aspect normal sur la face externe du mollet. Le talon se recouvre d'une mince couche d'épiderme; on voit encore quelques placards rouges où la peau reste luisante, seuls indices de la lésion.

OBSERVATION III (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème vésiculeux athrepsique.

Jacques Ch..., âgé de 5 mois, entre dans le service de la Grande-Crèche le 17 décembre 1891.

Cet enfant, d'apparence chétive, a été nourri au verre depuis l'âge d'un mois. Les parents n'ont jamais eu la syphilis. L'enfant est rachitique; les bords de la fontanelle antérieure sont très écartés annonçant un retard dans le travail d'ossification, le ventre se présente gros et dur, les tibias sont visiblement recourbés; on remarque, en outre, un peu de catarrhe nasal et un écoulement purulent venant de l'oreille gauche. La malade n'a guère augmenté de poids depuis près de trois mois, au dire de la mère; sa température rectale est de 35,7.

Sur la partie saillante des fesses et sur le scrotum, on remarque un piqueté érythémateux s'étendant des crêtes iliaques aux creux poplités. Les éléments de l'éruption sont de petits points arrondis de la grosseur d'une tête d'épingle, se détachant par leur couleur rouge vif sur le fond des téguments qui a pris une teinte sombre particulière et sont disposés en série régulière. Beaucoup de ces taches, surtout à la partie saillante des fesses, sont recouvertes à peine d'une mince pellicule épidermique lisse ou légèrement plissée, recouverte encore par les restes flétris de l'enveloppe vésiculaire déchirée. Enfin, à la périphérie de la lésion, on trouve de petites vésicules encore intactes et surmontant les points érythémateux; ces vésicules ayant un millimètre de diamètre au plus, sont gonflées par un liquide légèrement louche; elles reposent sur une base épidermique rouge et un peu enflammée, sont nettement séparées les unes des autres et simulent une éruption de miliaire; on peut les toucher du doigt sans faire crier l'enfant, tandis que les érosions causent de la douleur au moindre contact.

On recommande des lavages fréquents; on prescrit une poudre inerte et une pommade à l'oxyde de zinc.

Le 22 : L'éruption est en pleine voie de guérison ; les érosions des fesses ont pris une teinte bronzée et sont recouvertes d'une couche épidermique assez épaisse ; les vésicules de la périphérie ont disparu et ont fait place à des taches sombres recouvertes d'un épiderme plissé.

Le 29 : L'état général de l'enfant semble amélioré.

La lésion n'a laissé comme vestige de son passage qu'un semis de points brunâtres où l'épiderme reste luisant.

L'enfant est remis à sa mère qui veut l'envoyer chez une nourrice à la campagne.

OBSERVATION IV (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème vésiculeux observé chez un sujet non athrepsique.

Berthe P..., âgée de 4 mois, entre dans le service de la Grande-Crèche, le 5 mai 1892.

Les parents sont robustes et bien portants ; ils ont deux autres enfants qui n'ont jamais été malades.

La petite fille qui nous est présentée est elle-même très forte, grasse et replète. Elle a été, jusqu'à ce jour, nourrie au biberon.

Sur les faces postérieure et interne des cuisses on remarque de larges taches rouges, de forme arrondie et surmontées de grosses vésicules, presque des bulles. De plus, autour de ces éléments isolés, on voit de larges plaques à fond rosé, sur l'étendue desquelles reposent des groupes de vésicules, au nombre de 25 à 30, qui, grosses comme des têtes d'épingle, ont une coloration blanchâtre ; l'épiderme qui les recouvre est comme macéré, légèrement ombiliqué en son centre et laissant s'écouler une sérosité blanche et transparente. Il existe un de ces groupes sur la cuisse gauche et trois sur la droite ; ils occupent les parties saillantes et respectent les plis cutanés. Sur la partie postéro-externe des cuisses, on trouve quelques éléments vésiculeux de même apparence, plus petits et plus discrets. Enfin, sur les

mollets, on remarque de petites élevures rouges, rugueuses au doigt, acuminées, qui sont probablement des éléments éruptifs de même nature arrivés à la période de dessiccation. Sur les fesses, piqueté de taches d'un rose pâle, confluentes surtout à la partie saillante, mais restant toujours isolées ; quelques-unes d'entre elles sont surmontées par de petites vésicules d'un millimètre de diamètre au plus ; elles sont séparées les unes des autres par un pont d'épiderme absolument sain. Aux deux talons, rougeur vive, mais pas d'ulcération.

La malade se nourrit bien et n'a pas de troubles digestifs.

Après un séjour de huit jours à l'hôpital, elle est réclamée par ses parents. La lésion a pris alors une teinte plus sombre et est en pleine voie de guérison. On ne trouve plus de vésicules gonflées de liquide et quelques taches ont déjà entièrement disparu.

On conseille d'envoyer l'enfant chez une nourrice et on recommande des soins de propreté.

OBSERVATION V (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Érythème vésiculeux athrepsique chez un sujet suspecté de syphilis.

D... (Marie-Émilie), née le 21 novembre 1891, entre le 12 décembre au service de la Grande-Crèche pour athrepsie.

Les parents nous sont inconnus. Une sage-femme porte l'enfant à l'hôpital avec ce seul renseignement : accouchement normal chez une femme amaigrie et chétive ; pemphigus à la naissance. On ne sait rien de positif sur les antécédents syphilitiques. L'enfant, jusqu'ici, a été nourrie au biberon.

Bébé malingre et rachitique ; fontanelle antérieure très large, déprimée, à rebords osseux saillants, chevauchement des pariétaux les uns sur les autres le long de la suture sagittale. Sur le menton, plaque rouge, érythémateuse. Muguet sur la face interne des deux joues, sur les maxillaires et la face interne de la lèvre inférieure. Pas d'ulcération buccale. Autour des oreilles, ni fissures, ni intertrigo. Pas de coryza chronique.

L'enfant mange mal, il faut le gaver par le nez. Elle pèse seulement 2,400 grammes. Cependant, pas de vomissement ni de diarrhée. La température est de 36,6.

On remarque un vaste érythème couvrant la région saillante des fesses montant jusqu'aux dernières vertèbres lombaires et descendant jusqu'au tiers inférieur de la face interne des cuisses. Il est composé de taches rouges non saillantes sur la peau et de formes variables, le plus ordinairement arrondies; chacune de ces taches est recouverte par une mince pellicule épidermique transparente et lisse. La couleur générale de la lésion sur la partie saillante des fesses est d'un rouge vif. A la périphérie, on trouve quelques petites vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle qui semblent gonflées d'un liquide purulent; dans cette région aussi on trouve, entre ces vésicules, surtout à la partie supérieure des fesses, quelques macules rosées, plutôt déprimées que saillantes et tranchant par leur couleur et leur aspect sur le reste des téguments. Autour de l'anus, on ne rencontre plus d'érythème; pas de plaques muqueuses ni d'éruptions spécifiques. Sur la face interne des cuisses jusqu'au tiers inférieur, même éruption que sur les fesses, mais moins confluente. Sur les jambes, taches rouges sans caractère bien déterminé et paraissant se rattacher à de l'érythème simple. Pas d'ulcération talonnière. Vestiges arrondis des bulles de pemphigus à la paume des mains et à la plante des pieds.

Le 13 : L'enfant continue à se bien nourrir par le gavage. Température rectale : 35,5.

Le 14 : L'érythème a pris une teinte d'un rouge plus vif. Diarrhée intense; le petit malade ne peut rien garder. Température : 34,8.

Le 15 : La température, 37,8, trop élevée pour l'état général du malade, semble annoncer de la fièvre. Pas de vomissements, mais diarrhée verte profuse. L'érythème confluent s'est réuni de façon à former trois grandes plaques qui couvrent les fesses, les grandes lèvres et la face interne des cuisses. Ces plaques sont d'un rouge vif, recouvertes d'un épiderme très peu épais et luisant. A la périphérie, les macules ont disparu, ainsi que les quelques vésicules que l'on avait remarquées. Les talons sont rouges.

Le 17 : La diarrhée a augmenté; l'enfant est dans un état d'affaiblissement tel que l'on craint une fin prochaine. Vastes ulcérations talonnières entourées d'épiderme macéré et occupant la partie postérieure et les parties latérales des deux talons.

Le 19 : L'enfant meurt d'épuisement.

OBSERVATION VI (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème érosif étendu en nappe.

René B..., né le 10 mai 1892, est présenté le 8 juin à la consultation gratuite.

Sa mère prétend qu'elle n'a jamais eu la syphilis. L'enfant s'est toujours assez bien porté, mais il paraît un peu chétif. Depuis 20 jours il a été mis au biberon.

La mère a remarqué que depuis une huitaine de jours la peau de l'enfant s'est couverte de rougeurs vives, « couleur de sang ». En examinant le petit malade, on remarque une rougeur intense diffuse recouvrant les fesses, la partie inférieure du scrotum et la face postérieure des cuisses. L'épiderme est comme usé et aminci ; il est creusé çà et là de petites cupules se touchant par leurs bords et du fond desquelles suinte un liquide jaunâtre et épais qui empèse les langes. A la face postérieure des cuisses, on trouve deux plaques semblables, petites et allongées, laissant sourdre un peu de liquide et à la périphérie desquelles on voit éparses çà et là quelques taches rouge sombre, surmontées d'une pellicule épidermique plissée, dernier vestige de vésicules déchirées. Enfin, sur les mollets, on trouve encore quelques vésicules intactes.

L'enfant est pansé avec de la vaseline boriquée et on recommande les soins de propreté minutieux.

Le 17 juin : L'enfant est de nouveau présenté par sa mère, parce qu'il tousse un peu. L'érythème a complètement disparu et l'on trouve à la

place qu'il occupait sur les fesses une vaste plaque luisante rouge sombre laissant encore transsuder un peu de liquide. Pas de vésicules.

OBSERVATION VII

Recueillie par H. GILLET à l'hôpital des Enfants malades à Paris.

Erythème vésiculeux érosif suivi de cellulite sous-cutanée.

Le jeune Gabriel F..., âgé de trois semaines, né à terme, mais en léger état d'asphyxie après un travail de 45 heures, est amené par sa mère au Dispensaire pour enfants malades (2e arrondissement, Paris), le 22 septembre 1891, pour un érythème fessier.

C'est un bel enfant, bien potelé, d'un poids de 6 kilog. D. A. P. du crâne : 13 centimètres, D. B. P. : 10 centimètres trois quarts. Son père est paralysé du côté droit depuis l'âge de 36 ans; pas de syphilis. La mère est bien portante. Pas d'autre enfant. Pas d'antécédents familiaux à noter. Elevé par sa mère au sein, l'enfant est de temps en temps confié à une crèche.

22 septembre : Toute la région postérieure, comprenant la partie supérieure de la face postérieure des cuisses, les deux fesses jusqu'au-dessus des crêtes iliaques, présente à l'examen une surface d'un rouge bleuâtre; l'épiderme, blanchâtre par places, est comme macéré; sur cet érythème, par groupes de 5 à 6 se voient des érosions circulaires un peu saignantes. Le scrotum, gros, œdématié, porte quelques érosions circulaires; en arrière, le raphé médian est dénudé superficiellement sur l'étendue de un centimètre.

Au niveau des deux malléoles internes, on trouve un placard érythémateux avec traces de quelques vésicules rompues. Orgelet à la paupière supérieure de l'œil gauche; la mère a eu consécutivement un panaris anthracoïde de l'index droit.

26 septembre : Rien de spécial à noter. L'enfant, un peu irrégulièrement nourri, n'a pas cependant de troubles digestifs. On prescrit des lavages rapides à l'eau amidonnée, poudrage au talc de Venise.

28 septembre : Toute la région fessière, jusqu'à la région lombaire inclu-

sivement, est dure, empâtée, douloureuse. L'érythème érosif n'existe cependant plus. La peau des régions atteintes, à peine œdémateuse, reste un peu plus colorée; lorsque l'enfant crie, elle devient bleuâtre, principalement à la région fessière et sacro-lombaire.

29 septembre : L'*induration* sous-cutanée est véritablement *ligneuse* ; elle forme un vaste placard diffus sur ses limites inférieures et supérieures, et qui occupe la région postérieure de la cuisse droite depuis le pli supérieur qu'on trouve chez l'enfant replet jusqu'au pli fessier ; elle reprend après ce pli qui semble empâté, s'étale sous la peau de la fesse droite jusqu'à qu'à la crête iliaque qu'elle contourne et se perd en s'amincissant peu à peu au delà de la région lombaire.

Du côté gauche, rien à la cuisse; mais même extension du pli fessier à la région lombaire; au niveau du grand trochanter, une zone de 2 centimètres persiste respectée.

Au niveau de la rainure interfessière, le placard de chacun des deux côtés s'arrête en un bord brusque qui forme, au niveau de l'angle de réunion de la rainure interfessière et du pli fessier, un angle, un espèce d'éperon dur, saillant vers le périnée.

Toute la région anale, tout le périnée, le scrotum, sont absolument indemnes; la région sacro-lombaire de même.

La peau ne participe pas à l'infiltration : son aspect extérieur est normal, elle a gardé sa consistance habituelle; mais elle adhère assez faiblement au tissu induré; la pression prolongée du doigt ne produit pas de godet; la teinte un peu bleuâtre de la peau de la région sacrée et même sacro-lombaire, cependant presque respectée, s'accentue au moment des cris de l'enfant et devient violacée.

Pas de retentissement du côté des ganglions inguinaux.

Prescription : Bains d'amidon, onctions à la vaseline boriquée ; massage des plaques d'induration.

L'enfant est revu le 1er, 3, 5, 6 octobre sans qu'il se fasse grand changement. L'état général est satisfaisant. Cependant le poids demeure stationnaire à 6 kilog.

13 octobre : L'induration a bien diminué : il reste seulement une bande le long de la rainure interfessière et des noyaux diffus vers le trochanter et la crête iliaque.

24 octobre : Un peu de trachéite, a vomi en toussant, pas de râles. L'induration persiste encore vers les trochanters et au-dessus. Les fesses sont libres, sauf quelques noyaux profonds.

27 octobre : Encore quelques noyaux diffus vers l'épine iliaque antéro-supérieure.

29 octobre : Selles liquides un peu vertes.

31 octobre : Selles encore un peu liquides, mais jaunes.

3 novembre : Un examen général fait constater l'absence de tout noyau induré.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Eruption érosive et papuleuse.

L... Albertine, âgée de 4 mois, entre le 5 décembre 1892, dans le service de la Grande-Crèche.

Cette enfant paraît bien constituée et robuste; pas de signes de rachitisme ni de tare héréditaire. Elle était chez une nourrice à la campagne et les parents ignorent les soins qu'on lui donnait; la nourrice leur paraissait bien portante, mais elle avait de l'eczéma sur la poitrine. L'enfant elle-même a la tête couverte d'une plaque compacte de séborrhée du cuir chevelu. Sur toute la face et sur la partie antérieure du corps, poitrine et abdomen, eczéma diffus.

En retournant l'enfant, on remarque que la peau, dès les premières vertèbres lombaires, prend la teinte érythémateuse rouge vif. On ne trouve plus de vésicules, mais çà et là quelques points un peu plus rouges se détachant à peine sur le fond érythémateux. Sur la partie saillante des fesses, l'éruption prend le caractère purement érosif; elle est tellement confluente qu'elle ne forme plus qu'une plaque à peine surélevée au-dessus de l'épi-

derme sain, en quelques endroits même un peu déprimée et présentant des contours irréguliers et serpigineux; sur cette plaque le derme est presque nu; en quelques points même, il est dénudé et saigne facilement au moindre contact. De cette plaie suinte continuellement un liquide jaunâtre et visqueux qui empèse les langes dont l'enfant est enveloppée La lésion, laissant intact le fond des replis de la peau, a atteint la face externe des grandes lèvres et présente là le même caractère que sur les fesses. Sur la face postérieure des cuisses et même des mollets où l'éruption se prolonge, la lésion a pris le caractère plutôt papuleux. On remarque des papules de moins en moins confluentes, mal dessinées, d'un rouge sombre et à peine saillantes au-dessus de la peau; la plupart d'entre elles reposent sur une base indurée, le liseré épidermique et le plissement rayonné sont déjà formés. Entre ces papules, la peau est saine mais un peu rouge. A la partie inférieure des cuisses, chaque papule se détache mieux, nettement isolée de ses voisines dont elle est séparée par un pont d'épiderme sain et légèrement rosé. Sur les mollets, les papules sont plus petites et beaucoup moins confluentes. Toutes ces papules, comme la plaque érosive des fesses, laissent suinter un peu de sérosité; toutefois, celles du centre sont beaucoup plus colorées et suintantes que celles des bords.

On recommande d'envelopper l'enfant dans des linges fins et de la panser avec une poudre siccative.

Le 12, nous revoyons l'enfant qui va quitter l'hôpital. La plaque érosive semble guérie; elle n'est plus humide, ne saigne plus au contact et s'est recouverte d'une mince couche épidermique luisante. Les papules sur les mollets ont disparu et sur les cuisses ont pâli visblement. Sur les grandes lèvres, l'éruption érosive a fait place à quelques grandes papules bien limitées, non saillantes sur la peau et d'une couleur rose lilas.

L'enfant se porte bien. Elle n'a ni diarrhée ni vomissements. On l'envoie chez une nourrice à la campagne.

OBSERVATION IX (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème érosif et papuleux.

B..., Henry, âgé de 2 mois, est présenté le 19 décembre 1892 à la consultation gratuite.

Le petit malade est pâle, amaigri et d'apparence chétive. La mère a un premier enfant en nourrice et bien portant. Le second est né après un accouchement normal, mais la mère qui l'allaitait a commencé à souffrir du ventre 2 jours après ses couches et a eu la fièvre puerpérale. Puis, à la suite de gerçures et d'ulcérations au sein, elle a été empêchée de nourrir son enfant, et, au bout d'un mois, forcée, malgré elle, de le mettre au biberon.

On examine la mère qui ne tousse pas, n'a pas de ganglions et ne présente pas de traces ni de syphilis ni de tuberculose. Elle raconte que son nourrisson a eu 8 jours après sa naissance du muguet buccal qui a persisté pendant 15 jours consécutifs.

L'enfant est admis à l'hôpital. On constate qu'il a de l'enchifrènement ; mais on ne trouve rien ni dans la bouche ni sur les lèvres ni derrière les oreilles. On examine avec soin la région des fesses, mais on ne trouve qu'une simple rougeur s'étendant des lombes au creux poplité ; les organes génitaux externes sont visiblement œdématiés, ainsi que la face interne de la cuisse gauche jusqu'au genou. L'enfant est confié à une nourrice ; il n'a pas de diarrhée ; seulement, de temps en temps, quelques vomissements après la tétée.

Le 24 : On remarque un léger gonflement des aines et de la partie supérieure des cuisses ; la peau du scrotum a repris son aspect normal. L'enfant a la plante des pieds d'une rougeur vive ; l'épiderme est aminci et devenu transparent. Les deux talons sont couverts, surtout à leur face interne, d'une vaste ulcération laissant le derme à nu et suintant entouré de peau macérée.

La rougeur érythémateuse qui couvrait les fesses et les cuisses a fait place à une éruption d'un caractère érosif avec, en quelques endroits, tendance au bourgeonnement. Cette éruption se présente sous la forme d'un pointillé de couleur rouge vif, reposant sur une base épidermique légèrement indurée et séparée des autres points érodés par une peau rouge violacé. Chacun de ces points mesure au plus un millimètre ou deux; il est à peine saillant sur la peau, régulièrement arrondi et recouvert à son sommet par une mince couche épithéliale transparente ; en quelque point le derme est mis à nu et laisse suinter une petite quantité de liquide visqueux tachant les linges. Cette lésion ne dépasse pas en haut le rebord des crêtes iliaques ; en bas, au delà du pli sous-fessier, on ne trouve plus que quelques éléments disséminés; sur la partie supérieure des lombes ainsi que sur la face externe des fesses et des cuisses, l'éruption est peu confluente et les exulcérations cutanées sont petites et bien arrondies ; elles semblent perceptibles au doigt et sont un peu surélevées au-dessus des téguments. Au périnée, au contraire, et à la région saillante des fesses, elles se réunissent en îlots plus considérables et les érosions sont plus larges et plus confluentes ; ces îlots offrent des contours arrondis, irréguliers et polycycliques; mais quelle que soit la confluence des éléments à leur surface, ils restent encore distincts les uns des autres. En quelques endroits, surtout sur le pourtour de ces plaques, les éléments érosifs ont une tendance à devenir papuleux. On sent sous le doigt une induration particulière ; le sommet de ces plaques est recouvert d'une couche épidermique assez mince, entourée d'un épaississement avec des stries rayonnées.

Le 29 : Les plaques érosives ont pris, par bourgeonnement, un caractère plus papuleux. Les érosions des cuisses ont disparu et ne sont plus révélées que par des taches d'un rouge sombre, recouvertes d'un épiderme luisant et induré.

L'enfant revient à un état général meilleur ; mais depuis quelques jours il a une diarrhée profuse.

L'observation n'a pu être suivie, l'enfant n'ayant pas réparu à la consultation.

OBSERVATION X (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème vésiculeux passant à l'état de papulation.

Elisabeth U..., âgée de 2 mois, est apportée le 9 décembre 1891 à la consultation gratuite de l'hôpital des Enfants. C'est une enfant d'apparence chétive, à la peau ridée et recouverte de duvet; elle porte tous les signes d'une mauvaise nutrition générale. Elle a été nourrie le premier mois par sa mère et n'avait pas encore de troubles digestifs. Ensuite, le lait ayant manqué, elle a été mise au biberon; elle a, depuis cette époque, de la diarrhée verte et des vomissements. La personne qui l'élève remarque qu'elle n'augmente pas de poids depuis qu'elle est confiée à ses soins. Pas de muguet buccal.

En examinant l'enfant, nous remarquons un érythème vésiculeux athrepsique au début couvrant la région fessière, les organes génitaux et la face postéro-interne des cuisses. Sur les fesses, petites taches arrondies d'un rouge vif disparaissant sous la pression du doigt, mesurant de 2 à 4 millimètres de diamètre et séparées les unes des autres par des bandes de peau saine. Quelques-unes de ces taches sur la partie saillante des fesses sont surmontées d'une petite vésicule d'un millimètre de diamètre, gonflée par un liquide louche, demi-transparent, et nous avons devant les yeux l'aspect vraiment typique de l'érythème vésiculeux. Sur les grandes lèvres, à la partie externe, on trouve également quelques taches plus petites, mais pas de vésicules. A la partie postéro-interne des cuisses, depuis le pli sous-fessier jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus du genou, taches plus pâles, plus disséminées, à contours arrondis; quelques vésicules seulement à la partie postérieure où les éléments éruptifs sont plus confluents et les taches plus colorées. Talons un peu rouges à leur face interne.

13 décembre : L'érythème s'est étendu sur une plus large surface. Les vésicules peu nombreuses qui sont restées intactes à la périphérie de la

lésion ont doublé de volume. Au centre de l'éruption, elles se sont déchirées et ont mis à nu le derme à peine recouvert çà et là d'une mince cuticule épidermique plissée. Sur les fesses, on trouve une éruption de taches rouges plus confluente et plus étendue ; ces taches ont augmenté de volume, quelques-unes même se sont réunies de façon à former de larges plaques à bords polycycliques. Sur la partie saillante des fesses, il ne reste plus de vésicules ; toutes, elles ont disparu, laissant à leur place une surface suintante ; le derme est mis à nu ou bien il reste protégé d'une couche mince d'épithélium transparent. Au niveau du pli génito-crural et sur les grandes lèvres, on trouve de vastes érosions à bords irréguliers, d'un rouge de sang, le derme, qui n'est plus protégé que par la couche muqueuse de Malpighi, laisse transsuder un liquide peu abondant ; elles n'offrent pas de tendance à la papulation. Sur les cuisses, les taches rouges d'érythème simple ont augmenté en surface et en confluence. Elles descendent jusqu'à la partie interne du mollet et ont gagné la partie antéro-interne de la cuisse gauche. En arrière, nous ne voyons plus qu'une large plaque d'un rouge vif, où l'épiderme semble aminci. A la périphérie, on rencontre encore quelques éléments vésiculaires.

On conseille à la mère de donner l'enfant à une nourrice.

20 décembre : La teinte rouge sanglant de l'érythème s'est assombrie jusqu'au rouge grenat et au violet foncé. Sur les fesses, on voit quelques larges papules bourgeonnantes. Elles sont un peu surélevées au-dessus des téguments et reposent sur une base indurée et érythémateuse ; leur sommet, un peu déprimé en son centre, est entouré d'une saillie épidermique présentant des plissements rayonnés. Les papules sont nombreuses sur cette région ; elles sont disposées symétriquement en deux départements où la peau semble grenue comme celle d'un reptile. Aux bords du sillon interfessier, on trouve encore des érosions qui semblent s'ulcérer et laissent sourdre un liquide séreux abondant.

22 décembre : On remarque sur les cuisses quelques papules rapprochées par leurs bords de manière à former une plaque d'un rouge sombre.

L'état général s'est amélioré. L'enfant doit partir prochainement à la campagne et nous ne pouvons suivre jour par jour l'évolution du mal.

Le 16 janvier 1892, la mère ramène à la consultation l'enfant qui est repris de diarrhée et vomissements. En l'examinant, nous apercevons à la partie saillante des fesses, où l'éruption papuleuse avait été la plus intense, de petites taches violacées ; l'épiderme semble à cette place être aminci ; il est plus brillant que sur le reste des téguments. En outre, nous voyons disséminées çà et là de petites taches rouges qui nous semblent faire partie d'un érythème simple en voie de formation.

On ordonne de l'acide lactique pour combattre les phénomènes gastriques. On recommande à la mère les soins de propreté et le saupoudrage avec la poudre d'amidon.

Dans les premiers jours de février, nous rencontrons en ville la mère de l'enfant qui nous affirme que, depuis la cessation des troubles gastriques, l'érythème a totalement disparu.

OBSERVATION XI (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème papuleux post-érosif.

Marguerite D..., âgée de 3 mois, entre le 13 février 1892 dans le service de la Grande Crèche.

C'est une petite fille d'apparence chétive, de facies pâle et émacié. On n'a aucun renseignement sur la famille. L'examen de l'enfant révèle des signes non douteux de rachitisme : chapelet costal, légères nodosités articulaires, abdomen dur et proéminent avec hernie ombilicale, membres grêles et légèrement incurvés, fontanelle très large. Le pli inguinal ne présente pas de ganglions indurés ; on n'en trouve pas non plus dans la région sous-maxillaire. Pas de muguet buccal.

L'enfant n'a ni diarrhée, ni vomissements. Elle tète avec appétit. Elle ne tousse pas.

En examinant la région fessière, nous constatons que la partie saillante des fesses, le pourtour de l'anus, les grandes lèvres, la face interne des

cuisses et des mollets sont couverts d'une éruption d'apparence papuleuse. Le foyer du mal, où les papules acquièrent leur plus parfait développement, est aux environs des plis fessiers et au voisinage de l'anus. Dans ces régions, les papules revêtent l'aspect de véritables condylomes bossués, d'un rouge violacé, mesurant de 3 à 5 millimètres, se détachant en saillie sur le fond des téguments en affectant une forme régulièrement circulaire. Sur le sommet de ces papules, on trouve un épiderme luisant et mince, entouré d'une couche épithéliale épaissie et légèrement plissée; le centre de la papule est un peu déprimé; sa base repose sur un épiderme rouge foncé qui semble légèrement induré. Les papules sont disposées en cinq ou six départements, séparés les uns des autres par des espaces de peau saine, à peine colorée. Chacun d'eux contient de dix à quinze papules disposées régulièrement et reposant sur un fond rouge, très érythémateux. L'aspect grenu de la région donne à l'œil l'impression d'une peau de reptile. Les papules les plus grosses sont rassemblées autour de l'orifice anal qui semble presque obstrué par ces condylomes durs et saillants qui atteignent 5 et 7 millimètres. Sur les lombes, on découvre une seule excoriation d'un rouge vif, d'où suinte un liquide jaunâtre, collant au doigt. Sur les grandes lèvres, on trouve huit papules de 4 à 5 millimètres de diamètre, reposant sur une peau colorée en rouge brun et comme tuméfiée. Ces papules à peine saillantes ont une forme irrégulière et sont mal séparées les unes des autres. Sur la face interne des cuisses, les éléments se présentent sous la forme de taches lilas, disséminées sur un fond blanc rosé. Ils sont groupés les uns près des autres formant un piqueté serré, sans se toucher et sans empiéter mutuellement sur leurs contours. Les plis de la cuisse ne sont pas atteints dans leur profondeur et séparent des départements papuleux. Vers la face interne du mollet, la lésion est aussi confluente, mais les papules sont un peu plus petites et plus pâles; elles ne forment plus de saillies appréciables sur la peau et, en certains points, leur coloration se distingue à peine. Elles sont couvertes dans ces régions de squames blanchâtres. Vers le talon, on remarque une petite excoriation, où le derme est recouvert à peine d'épithélium.

L'enfant est confiée à une nourrice; on ordonne des lotions fréquentes avec l'eau boriquée, des bains d'amidon et le saupoudrage avec de la poudre de bismuth.

Le 17 : Nous constatons que la lésion s'est peu modifiée; toutefois elle a disparu à la partie inférieure des mollets. Au pourtour des fesses et sur les cuisses, les taches semblent avoir pâli légèrement.

Le 20 : L'enfant meurt d'athrepsie et est réclamé par la famille avant que nous n'ayons pu la revoir.

OBSERVATION XII (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème papuleux post-érosif.

Paula C... entre le 29 novembre 1891 dans le service de la Grande-Crèche, à l'âge de neuf mois et demi.

C'est une enfant qui semble d'une santé florissante. Le crâne est bien conformé, mais la fontanelle est largement ouverte. La dentition a bien marché: on aperçoit deux incisives à chaque mâchoire. Pas d'alopécie, pas d'écoulement d'oreille; pas de catarrhe nasal. On ne trouve rien dans la bouche; pas d'intertrigo derrière les oreilles ni dans les autres plis du corps, rien enfin qui puisse faire soupçonner la syphilis. Le thorax peu large et fortement aplati, l'abdomen globuleux et les tibias légèrement recourbés annoncent un léger degré de rachitisme.

Les parents ont abandonné l'enfant sans laisser de renseignements ni sur ses antécédents ni sur le genre d'alimentation qu'ils lui ont donné.

La partie postérieure des fesses, les grandes lèvres, les faces interne et postérieure des cuisses et même les mollets sont envahis par un érythème papuleux. Celui-ci se présente sous la forme de petites taches rouges dont la grosseur varie de la tête d'une épingle à celle d'une grosse lentille; les plus petites, plus nombreuses, se réunissent en certains points de manière

à former une traînée rougeâtre; les plus grandes, au contraire, sont moins confluentes et séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. Les grandes taches existent surtout à la partie interne des cuisses et vont en augmentant vers les fesses où elles atteignent leur maximum. A droite, une traînée de petites papules remonte jusqu'à la crête iliaque, tandis qu'à gauche s'étale sur les lombes une large plaque où les papules sont trop nombreuses pour être distinctes. Plus bas, on trouve sur la face postérieure du mollet gauche et sur la face externe du mollet droit un grand nombre de petites papules atteignant même les malléoles et diminuant de nombre et de grosseur à mesure que l'on approche des pieds. Chaque tache examinée en particulier présente l'aspect suivant : la peau est surélevée en une saillie perceptible au doigt, reposant sur une base un peu indurée et entourée à son sommet d'un épaississement épidermique formant une sorte de collerette. Le centre de la papule est rouge vif, recouvert d'une pellicule épidermique très mince et transparente surtout sur les grosses papules; épaisse, au contraire, sur les petites, souvent plissée et comme écailleuse. A la périphérie des régions atteintes, on ne trouve pas de vésicules, mais quelques petites érosions persistantes.

On avait remarqué sur les bras de l'enfant des rougeurs surmontées de grosses vésicules, mais un examen plus attentif a révélé que l'on avait affaire à de la fausse gale.

On recommande les soins de propreté et le saupoudrage avec la poudre d'amidon.

2 décembre : L'enfant a la diarrhée verte, mais il continue à bien s'alimenter. L'érythème a disparu sur les mollets et a pâli sur les cuisses et la région sacrée.

9 décembre : Légère eschare du sacrum. L'éruption pâlit sur les lombes et les cuisses. Les fesses et les grandes lèvres n'offrent plus qu'une large plaque rouge entourée de quelques taches violacées.

15 décembre : L'éruption a en partie disparu. Les fesses offrent une plaque légèrement brunâtre où quelques points brillants sont les seuls vestiges des dernières papules.

17 décembre : L'enfant n'a plus de diarrhée ; son éruption est complètement guérie. Il sortira prochainement de l'hôpital.

OBSERVATION XIII

Recueillie dans le service du Dr Sevestre par son interne M. Jacquet.

Erythème papuleux post-érosif des fesses.

O... (Camille), née le 24 mars 1885, reçue à la Crèche le 25 juin, est une enfant très vigoureuse et en excellent état.

Elle offre à la région fessière un assez grand nombre d'érosions, reliquat d'un érythème vésiculeux récent ; actuellement, pas de vésicules en activité. Dans l'intervalle des lésions, légère suffusion rouge sombre des téguments.

Les érosions siègent : 1° sur le bord du sillon interfessier et des deux plis fessiers ; la marge de l'anus est saine ; 2° sur la convexité des fesses et des cuisses, groupées au centre de ces régions ; 3° sur les bords des plis poplités et sur la convexité des mollets.

Toutes sont régulièrement circulaires, du diamètre d'une lentille environ, un peu déprimées au-dessous de la surface épidermique. Leur fond est constitué par le derme à nu, rouge vif, presque saignant. Pas d'autres lésions. L'enfant est confié à une nourrice.

Le lendemain, la sœur de la crèche me prie de revoir un des nourrissons examinés la veille, parce que, dit-elle, « *c'est papuleux* ». L'enfant en question, que je ne reconnais pas tout d'abord et que je déclare même n'avoir pas encore vue, tant l'aspect est changé, est, en effet, porteur d'une éruption papuleuse des plus nettes. *Les éléments occupent exactement* les points précédemment indiqués. Ils sont d'un rouge sombre ou violacé, tous isolés, parfaitement circulaires. Leur saillie est très appréciable, régulièrement décroissante, du centre, où elle est d'un millimètre environ, à la périphérie. L'épiderme qui les recouvre est très mince, lisse, comme vernissé. Pas de traces de desquamation, d'érosion, de suintement. Quelques-unes des papules offrent sur toute leur périphérie un fin plissé

épidermique très régulier. Pas de collerette. L'examen le plus attentif ne révèle aucun phénomène d'ordre spécifique : coryza, alopécie, fissures labiales, etc. L'enfant est des plus vigoureuses. Malgré tout, on l'envoie à la nourricerie des syphilitiques sans traitement.

28 juin : L'éruption s'est un peu affaissée.

1er juillet : Les papules ne sont pas perceptibles à gauche. A la fesse droite, elles existent encore, mais pâlies et affaissées. Pas de poussée nouvelle. Quelques érosions superficielles et irrégulières au niveau de la marge de l'anus. L'état général est bon.

Le 4, plus rien. Un peu de muguet; diarrhée légère.

Le 9, érythème fessier simple, diarrhée, vomissements. On donne une nourrice à l'enfant.

Le 20, les troubles digestifs s'étant amendés, elle est envoyée à la campagne.

N.-B. — Une lettre du 18 décembre annonce qu'elle n'a eu qu'un peu de diarrhée au mois d'août. Actuellement, « c'est une belle enfant dans toute l'acception du mot ».

OBSERVATION XIV

Recueillie dans le service du docteur Sevestre, par M. Jacquet.

Erythème papuleux en nappe et à bords polycycliques.

Marie-Constance, née le 15 août 1885, entrée le 12 novembre suivant.

Enfant vigoureuse. Aucune trace d'affection diathésique. Il existe à la région péri-anale une nappe formée de saillies confluentes, que la palpation permet de distinguer les unes des autres. Cette nappe occupe toute la marge de l'anus en la débordant et en empiétant sur la face postérieure des fesses de 2 à 3 centimètres. Elle s'y limite par des bourrelets très nettement saillants, à bords polycycliques, dessinant trois ou quatre demi-cercles de un centimètre de rayon environ. La couleur générale de la nappe papuleuse est d'un rouge pâle, un peu plus foncé par places. Il n'y a ni

érosion ni suintement à la surface. A la partie postérieure des fesses et des cuisses, on ne voit qu'un semis papuleux formé de petits éléments assez irréguliers; cependant, au centre de la cuisse gauche se dégage nettement une papule un peu plus grosse qu'une lentille, rouge sombre, d'aspect vernissé, très régulièrement arrondie et assez dure; à sa périphérie se voit un fin plissement rayonné de l'épiderme. Rien sur le reste du corps. Aucun phénomène spécifique. L'état général est excellent. Pas de traitement.

15 novembre : Tout a disparu : il reste seulement quelques macules violacées.

Le 26 : Un groupe d'excoriations nummulaires s'est montré sur la partie droite de la marge de l'anus ; deux d'entre elles ont les dimensions d'une lentille.

Le 29 : A la place des excoriations, papulation légère, peu colorée, mais bien nette. Le surlendemain, disparition de ces saillies.

16 décembre : L'enfant est morte « subitement » dans la nuit. Depuis la veille au soir elle avait été prise de « hoquets et de sifflements ». Jusqu'à cette date, l'état général s'était maintenu excellent; l'enfant avait bonne mine et augmentait régulièrement de poids. A l'autopsie, pratiquée le lendemain, nous pûmes reconnaître quelques noyaux de broncho-pneumonie disséminés à la partie postérieure des deux poumons. Dans les bronches et la trachée, *liquide épais légèrement spumeux*, assez abondant. Les autres viscères sont totalement sains; le foie est de dimension et de coloration normales, sans traces de cicatrices, de sclérose ou de néoplasies quelconques. Les reins, les capsules surrénales, la rate, le tube digestif n'offrent rien de particulier. Le thymus, sans paraître altéré organiquement, est de volume notablement exagéré.

Le système osseux est sain.

OBSERVATION XV

Recueillie dans le service du Dr Sevestre par M. Jacquet.

Erythème papuleux post-érosif à poussées successives.

Louis-Léon, né le 19 juillet 1885, entre le 1er octobre 1885.

Cet enfant est fort et en très bon état. Les lésions qu'il présente siègent aux fesses, à la partie postérieure des cuisses et des jambes et au scrotum.

Aux fesses : saillies nummulaires, rouge sombre, assez dures, isolées, sauf sur les bords du sillon interfessier où elles se confondent en formant deux saillies allongées, à limites irrégulières, occupant toute l'étendue des bords de la rainure interfessière. Autour de la marge de l'anus : quelques excoriations du diamètre d'une lentille qui ne tarderont probablement pas à devenir papuleuses. Aux cuisses : il existe seulement deux ou trois saillies régulièrement circulaires et franchement accusées. Semis papuleux formé de petites saillies irrégulières d'un rouge vif. Quelques érosions dermiques. Aux jambes : mêmes lésions moins accentuées. Scrotum : la peau de son extrémité libre est rouge, tuméfiée; on y voit quelques excoriations rouge vif, recouvertes d'un épiderme mince. Rien sur le reste du corps. Ni coryza ni fissures labiales, ni déformations osseuses, alopécie, etc. Pas de traitement.

4 octobre : Les formations papuleuses ont subi un léger degré d'affaissement. A la région périnéale, les érosions sont toujours à vif. Etat général satisfaisant.

Le 7 : L'hypertrophie papillaire s'est effectuée à la région anale; elle a presque disparu sur le reste des téguments.

Le 10 : Il n'y a plus rien nulle part, sauf quelques macules violacées ou brunâtres aux points occupés par les lésions.

Le 15 : A la région fessière, rougeur intense depuis la veille; tuméfaction des téguments. Sur ce fond érythémateux apparaissent de fines vésicules à contenu légèrement louche, très nombreuses, presque cohérentes.

Le 17 : La poussée vésiculeuse nouvelle s'est excoriée, mais les érosions sont très petites et très superficielles. Toutes sont couvertes, sans saillie aucune, d'une mince pellicule épidermique qui laisse voir leur coloration rouge sang.

Le 20 : Tout a disparu.

OBSERVATION XVI (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème papuleux ulcéré.

Léonore M..., âgée de 2 mois, est présentée le 8 juin 1892, à la consultation gratuite de l'hôpital des Enfants.

L'enfant semble bien portante. Les parents qui l'acccompagnent prétendent n'avoir jamais eu la syphilis. L'enfant est nourrie au sein, et tète régulièrement toutes les 2 heures. Depuis environ un mois, elle a par intermittences un peu de diarrhée; pas de vomissements. Les parents disent qu'il y a une quinzaine de jours ils se sont aperçus que les fesses de leur bébé devenaient un peu rouges, puis se recouvraient de boutons qui ont persisté jusqu'à ce jour.

En examinant l'enfant, on remarque au coin de la bouche quelques taches papuleuses recouvertes de croûtes d'impétigo.

Les deux fesses sont recouvertes d'un érythème papuleux disposé régulièrement en plusieurs départements et offrant un aspect particulier; chaque papule séparée de ses voisines par une surface de teinte un peu sombre, présente bien tous les caractères de la papule post-érosive; mais son sommet entouré d'une collerette épidermique indurée est érodé en son centre; là, l'épiderme tout entier a disparu, le derme, laissé à nu, a pris une couleur rouge clair quelquefois jaunâtre et laisse échapper un liquide légèrement coloré en jaune. Sur le milieu de la fesse gauche, on voit une vaste érosion faite aux dépens de plusieurs éléments papuleux unis par leurs bords. Sur cette plaque à bords serpigineux et à fond jaunâtre et suintant,

chaque élément papuleux se détache encore en formant une légère saillie d'une couleur rouge vif. Sur la face interne des cuisses, on trouve quelques éléments papuleux disséminés, dont la plupart sont érodés et laissent sourdre un peu de sérosité; autour d'eux la peau a pris une coloration plombée et est légèrement épaissie. Enfin, sur les mollets, on trouve quelques éléments, de la grosseur d'une tête d'épingle, à bords irréguliers et dont le sommet est recouvert d'une mince couche d'épiderme transparent. Les talons sont rouges mais non ulcérés. Il est à remarquer que depuis quelques jours ont apparu autour de l'anus des taches plus pâles que le reste de la lésion, lesquelles semblent dépendre du derme et sont plutôt déprimées que surélevées sur la surface des téguments. Ces taches, à bords irréguliers, se distinguent avec peine sur le fond rouge de la peau et ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Elles ont l'aspect des syphilides maculeuses.

L'enfant ne revient plus à l'hôpital et l'on ne peut malheureusement poursuivre son observation.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème papuleux non spécifique chez un enfant atteint de syphilis.

Céline M..., âgée de 46 jours, est présentée à la consultation gratuite de l'hôpital des Enfants.

Le père de la petite fille, âgé de 40 ans, est un homme robuste qui a été soldat pendant sept ans, mais qui, sans avoir remarqué sur lui de manifestations de la syphilis, a eu cependant de fréquents maux de tête à la suite desquels ses cheveux sont tombés. La mère jouit d'une assez bonne santé, bien qu'anémiée. Elle a été accouchée normalement dans le service de clinique obstétricale de M. le professeur Moussous. Elle nous dit qu'elle a eu autrefois des névralgies faciales accompagnées de céphalée et de la chute des cheveux. Elle a eu, en outre, un abcès de la grande lèvre droite; pas de

ganglions engorgés, mais maux de gorge fréquents et chute spontanée des dents.

L'enfant ne paraît pas très robuste ; elle est pâle et amaigrie. Elle présente un peu de conjonctivite ; la voûte palatine est couverte d'une légère rougeur et comme œdématiée. La malade tousse en ce moment et l'on entend à l'auscultation de gros râles de bronchite. Pas de chapelet rachitique, pas d'incurvation des tibias ni de nouûres articulaires. Hernie ombilicale. L'enfant est nourrie au sein et, bien que la mère prétende que son lait est peu nutritif, elle ne s'est pas encore servie de biberon. La petite malade a bon appétit, tète souvent et à intervalles très irréguliers. Elle a par intermittence de la diarrhée verte et de la constipation ; autrefois elle avait des vomissements qui ont cessé par l'emploi de l'eau de Vichy. Elle ne dort pas la nuit et semble très agitée.

A la partie saillante des fesses et à la face interne des cuisses, on remarque un érythème formé de papules de couleur rouge vif, peu confluentes, disposées régulièrement en série et séparées par de la peau saine. Ces départements passent par-dessus les replis de la peau qui restent intacts dans leur profondeur. Chacune de ces papules, de la grosseur presque d'une lentille, est surélevée au-dessus de l'épiderme et repose sur une base légèrement indurée ; son sommet, un peu déprimé au centre et recouvert d'une mince couche épidermique transparente, est entouré d'une collerette épidermique avec plissements rayonnés. En somme, ces papules présentent en tout l'aspect des papules de l'érythème post-érosif. On a rencontré à la périphérie de la lésion quelques petites érosions qui semblent marquer la place d'une vésicule déchirée. Sur la partie antérieure et interne des jambes et des pieds, on trouve encore disséminées quelques papules plus petites ; rien à la partie postérieure. Autour de l'articulation du genou, papules de la grosseur d'une tête d'épingle et très confluentes. Sur la peau de la partie inférieure de l'abdomen, on trouve quelques éléments disséminés et de même nature que ceux des cuisses. Les parties génitales aussi sont atteintes, mais partout la lésion revêt le même aspect. Pas d'ulcérations talonnières.

L'enfant est admise à l'hôpital le 10 mars 1892. On saupoudre les lésions de poudre d'amidon. On institue, en outre, un traitement interne spécifique (une cuillerée à café de liqueur de van Swieten par jour).

L'enfant, mise à la nourricerie des syphilitiques, s'affaiblit graduellement ; 5 jours après son entrée à l'hôpital, l'éruption n'a pas changé d'aspect. Diarrhée verte abondante.

22 mars : La petite malade meurt d'athrepsie. Elle est allée en s'affaiblissant graduellement. Les papules étaient en voie de guérison. Pas de lésions syphilitiques appréciables. La nécropsie n'est pas faite.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Syphilides maculeuses présentant l'aspect d'un érytème vésiculeux.

Victor-Emile C..., âgé d'un mois et demi, est apporté à la consultation gratuite le 10 mai 1892.

La mère prétend qu'elle n'a jamais eu de manifestations syphilitiques ; nous l'examinons à ce point de vue et nous ne trouvons rien de bien probant. Le père, étant soldat, est entré deux fois à l'hôpital pour une affection vénérienne que sa femme ne peut préciser.

L'enfant est né à terme et ne présentait pas à la naissance des bulles de pemphigus aux extrémités des membres. Il n'a pas d'enchifrènement ; on ne remarque rien de suspect ni aux lèvres ni dans la bouche, sauf sur la partie médiane du voile du palais où sont de petites saillies blanchâtres constituées par des kystes épidermiques de Guyon et Thierry qui n'ont rien de spécifique. Pas d'intertrigo derrière les oreilles ; en somme, rien qui décèle bien nettement la syphilis héréditaire. Cependant on remarque sur le front une petite plaque composée d'éléments vésiculo-papuleux au nombre d'une vingtaine ; à l'angle extrême de l'œil et sous le menton, on trouve quelques macules arrondies de la dimension d'une pièce de 50 centimes ; sur le centre de ces macules l'épiderme s'exfolie en petites

écailles furfuracées ; la couleur des taches en est rouge sombre le plus souvent. Sur la partie antérieure de chaque bras, on remarque, encore, 4 ou 5 macules semblables ; on en trouve encore deux autres de couleur plus pâle sur le ventre autour du nombril.

La face postérieure des cuisses et des jambes est le siège d'éléments maculeux très nombreux et petits ; ces taches rouges, ayant de 3 à 4 millimètres de diamètre, sont pour la plupart de forme arrondie et disparaissent sous la seule pression du doigt. Un érythème rouge sombre recouvre les deux fesses, la face interne et antérieure des cuisses, la région scroto-périnéale et presque toute l'étendue des jambes, sans respecter la profondeur des plis ; sur cette rougeur diffuse paraissent quelques vésicules très petites et gonflées d'un liquide louche, presque purulent. Sur les bourses, on voit deux grandes érosions superficielles à bords irréguliers, laissant à nu une large surface du derme qui a pris un aspect violacé de mauvaise nature. En somme, l'aspect général de l'éruption, son existence même dans la profondeur des replis de la peau, sa diffusion sur la surface du tégument semblent prouver que nous avons affaire à une affection syphilitique. Aussi, on ordonne la liqueur de van Swieten et on recommande de ne pas confier l'enfant à une nourrice.

Le 24 : L'enfant est présenté de nouveau à la consultation. La lésion ne s'est guère modifiée. On remarque, en outre, sur le scrotum et à la face interne des cuisses de légères plaques arrondies qui sont ulcérées à leur centre et laissent suinter un liquide purulent. Sur la face postérieure des cuisses et sur les fesses, les plis interfessier et sous-fessiers, on trouve des éléments en tout semblables à l'érythème érosif. Çà et là tendance de quelques éléments à l'ulcération.

On ordonne les frictions avec la pommade mercurielle.

Le 16 juin : L'enfant est ramené à la consultation parce qu'il a de la diarrhée verte. L'érythème ancien a complètement disparu. La peau a gardé cependant une teinte plus sombre ; çà et là, quelques petites cicatrices blanchâtres marquant la place des ulcérations les plus étendues.

OBSERVATION XIX (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème érosif et papuleux d'origine spécifique.

M... (Marie), née le 3 novembre 1891, entre le 23 avril 1892, dans le service de la Grande-Crèche pour une éruption aux fesses.

La nourrice qui apporte l'enfant prétend que les parents se portent bien et n'ont jamais eu d'accidents spécifiques. Elle-même a les lèvres fissurées avec des croûtes jaunâtres aux coins de la bouche. Pas d'autres signes particuliers.

On examine l'enfant : on trouve derrière l'oreille droite, à la partie supérieure, de l'intertrigo, puis un sillon rouge fissuré terminé en arrière par une large plaque érosive avec perte de substance; derrière l'oreille gauche, sillon rouge semblable au fond duquel on distingue du tissu gris lardacé de mauvais aspect. Aux coins de la bouche, surtout à droite, larges fissures érosives; à la lèvre supérieure, quatre fissures semblables. Sur la tête, croûtes jaunâtres disséminées, cheveux rares. Fontanelle antérieure largement ouverte, ventre ballonné, chapelet rachitique évident, légère incurvation des tibias.

Dans la profondeur du sillon génito-crural droit, on remarque une rougeur intense se diffusant sur ses bords, tandis qu'au fond du pli s'ouvre une large fissure. Sur le scrotum, deux grandes plaques rougeâtres ayant deux centimètres de longueur, allongées, à bords serpigineux, légèrement saillantes sur le fond épidermique et recouvertes d'une couche mince d'épiderme transparent et violacé. Autour de ces deux plaques, il s'en forme quelques autres plus petites et présentant les mêmes caractères. Autour de l'anus, saillies hémorrhoïdales érodées au sommet. Tout autour de la marge de l'anus, on voit des sortes d'îlots disposés en couronne et supportant de petites pustules blanchâtres laissant sourdre un liquide purulent. Chacun de ces points simule une papule excoriée au sommet; il a la base épidermi-

que indurée, la forme régulièrement circulaire et, autour du centre légèrement déprimé d'où suinte un liquide visqueux se voit une collerette épidermique avec des plissements rayonnés. En outre, sur la partie saillante de la fesse droite, on remarque deux grandes ulcérations à bords serpigineux n'ayant pas l'aspect des ulcérations de l'érythème simple; le fond est formé d'un tissu grisâtre de mauvais aspect. Plus en dehors, on trouve deux îlots d'ulcérations plus petites dont chaque élément est séparé par un pont de peau saine, mais fortement colorée. A la partie interne des cuisses, on remarque de la rougeur diffuse; sur la cuisse droite, quelques papules d'un rouge foncé simulant les papules de l'érythème simple en voie de guérison et disposées par petits groupes. Quelques-unes de ces papules sont érodées et descendent jusqu'au creux poplité, même un peu au-dessous.

On établit un traitement spécifique : une cuillerée à café de liqueur de van Swieten et frictions avec la pommade mercurielle.

L'enfant, réclamé par la famille après un court séjour à l'hôpital, est présenté à la consultation gratuite le 27 juin. Sous l'influence du traitement, la lésion a complètement disparu. On ne retrouve de place en place que quelques cicatrices blanchâtres entourées d'une zone violacée.

OBSERVATION XX (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème syphilitique ulcéré avec pseudo-papules.

Marguerite D..., âgée de 10 mois, entre le 5 avril 1892 dans le service de la Grande-Crèche.

La mère de l'enfant n'a jamais eu de mal à la gorge ni d'éruptions cutanées; le père ne présente aucune trace de syphilis. Ils ont eu un petit garçon actuellement âgé de 10 ans et bien portant. Ensuite la mère a eu une fausse couche il y a quatre ans; vers cette époque, elle a souffert de fréquents maux de tête suivis de la chute des cheveux.

La petite malade elle-même est atteinte d'alopécie complète. Ses sour-

cils sont tombés, et à leur surface d'implantation s'est développée une plaque rouge érythémateuse. Elle a du coryza chronique et de la laryngite. On trouve quelques plaques de nature spécifique sur le voile du palais et la face interne des joues.

Autour de l'anus et se confondant avec les plis radiés, on remarque quelques fissures, puis de larges macules rouges en tout semblables aux taches d'érythème simple. Quelques-unes portent des ulcérations avec une perte de substance où le derme est à nu; le fond de ces ulcérations est grisâtre, de mauvais aspect, et laisse suinter un liquide sanieux. On trouve quelques-unes de ces taches sur les parties saillantes des fesses, mais le maximum de la lésion est dans l'infundibulum anal. Au niveau de la grande lèvre droite, sur la face externe, on trouve plusieurs papules et érosions présentant les mêmes caractères qu'aux fesses, mais accompagnées d'un gonflement hypertrophique très marqué de la peau.

A gauche, la face externe de la grande lèvre présente moins de points érodés mais on en trouve quelques-uns jusque dans la profondeur du pli génito-crural. Il existe à la partie inférieure de cette grande lèvre une ulcération réniforme remarquable par sa profondeur et ses bords taillés comme à l'emporte-pièce. A la racine des cuisses, on retrouve des macules semblables à celles des fesses, mais plus petites et moins confluentes; quelques unes sont surélevées au-dessus l'épiderme et ont revêtu le caractère des éléments de l'érythème papuleux; ça et là on trouve de petites croûtes jaunâtres à leur sommet.

On ordonne la liqueur de van Swieten et une pommade au sublimé.

Le 19 : Même état. Pas d'amélioration sensible sur les fesses. A la face, apparition de nouvelles macules sur les joues.

Le 29 : Les ulcérations autour de l'anus ont diminué de volume; les taches ont pâli. On ordonne des lavages fréquents au sublimé.

3 mai : Les ulcérations anales se cicatrisent et ont diminué de plus de la moitié de leur dimension. On ordonne à la malade un traitement spécifique.

Le 17 : L'amélioration est telle, que l'on ne voit bientôt plus que quelques cicatrices autour de l'anus.

OBSERVATION XXI

Communiquée par M. le Dr A. Moussous.

Dermatite exfoliante de Ritter.

X... est un bel enfant venu à terme après un accouchement régulier. La mère, légèrement anémique, ne présente aucune manifestation d'ordre syphilitique ou tuberculeux. Son père, bien portant, prétend qu'il n'a eu ni syphilis, ni goutte, ni rhumatisme. La grossesse de la mère n'a présenté aucun accident particulier : la santé est restée assez satisfaisante pendant toute sa durée. Pas de grossesses antérieures, pas de fausses couches.

Pendant les premiers jours de son existence, l'enfant n'a présenté rien d'anormal sur la peau. Vers le dix-huitième jour, on a remarqué au niveau des fesses et des membres inférieurs un peu de rubéfaction de la peau. Ces rougeurs, au lieu de disparaître sous l'influence des traitements ordinaires (bains et lavages émollients, changement fréquent des langes, poudres inertes, etc.), ont augmenté en surface et en intensité. La peau offre alors une coloration rouge-vif des plus intenses qui envahit le ventre et les cuisses. La sage-femme, émue de la situation et ne comprenant pas la raison d'être d'un érythème dont le développement ne se rattache à aucune cause évidente (l'enfant n'avait pas de diarrhée et était tenu avec la plus minutieuse propreté), conseille de prendre l'avis d'un médecin.

M. le Dr Moussous appelé constate des rougeurs diffuses occupant les membres inférieurs dans leur totalité, y compris les pieds, remontant jusqu'à la région mamelonnaire en avant et couvrant entièrement la face postérieure du dos, des lombes et des fesses, ainsi que les bras et la partie supérieure de la tête. Le cou, la face, les avant-bras et les mains sont encore épargnés.

Sur les membres inférieurs et le ventre, l'épiderme est soulevé sous forme de larges plaques en partie détachées; il en est de même sur une grande étendue des lombes et du dos. Au niveau du scrotum, du périnée et des

fesses, on voit quelques fissures épidermiques et quelques exulcérations très superficielles à peine suintantes. Partout ailleurs, le derme gonflé, légèrement œdémateux, est extrêmement rouge et donne au contact une sensation de chaleur très appréciable. Hormis les points spéciaux que nous avons signalés, les surfaces malades sont absolument sèches; il n'y a de suintement ni dans les plis cutanés ni derrière les oreilles. Les squames épidermiques sont de coloration blanc-grisâtre, d'épaisseur et de dimension un peu variables, suivant les régions qu'elles recouvrent. Il ne s'agit pas là d'une petite desquamation furfuracée, mais bien d'une production de pellicules épidermiques très abondante, comme celle que l'on observe dans les érythèmes scarlatiniformes de l'adulte. Dans les points où l'inflammation de la peau est récente, à la partie supérieure du thorax, au front, au cuir chevelu et aux avant-bras, la teinte rouge vif est tout aussi marquée, mais la couche épidermique superficielle n'est pas encore détachée; elle est boursouflée, surélevée de toutes parts sous forme de petites saillies grosses comme des têtes d'épingle, très voisines les unes des autres. On dirait une poussée de vésicules presque confluentes; mais c'est là une simple apparence, car la piqûre de ces pseudo-vésicules ne donne issue à aucun liquide. Dans toutes les régions où la lésion a pu être observée à ses débuts, elle a affecté cette apparence un ou deux jours avant que la desquamation fût franchement établie. Celle-ci, du reste, s'est toujours opérée par poussées successives se reproduisant à plusieurs reprises sur les points malades.

Aux membres inférieurs en particulier, avant que la guérison eût été obtenue, 15 ou 20 recrudescences ont pu être comptées, séparées les unes des autres par des intervalles d'un ou deux jours. Pendant ces périodes d'accalmie, le gonflement, la rougeur, la production des squames tendaient à diminuer, puis les symptômes reparaissaient avec une intensité nouvelle. Dans une période d'une douzaine de jours, toute l'étendue de la surface cutanée a été atteinte; la figure, le cou, les avant-bras, les mains envahies en dernier lieu, ont été aussi malades que les autres points de la surface tégumentaire. C'est même à la face que la guérison a été le plus tardive à se faire. Aujourd'hui, les téguments n'ont pas encore été envahis une

seconde fois à ce niveau; leur apparence est tout à fait normale; il y a seulement çà et là quelques points rouges et quelques pellicules épidermiques visibles. C'est au bout d'un mois seulement que l'éruption a commencé à s'atténuer. La peau de la face externe des cuisses et des jambes, celle du ventre et des reins ont repris une teinte qui se rapproche davantage de la coloration normale des tissus; la couche épidermique a cessé de s'exfolier.

Pendant toute la durée de la maladie, l'état général de l'enfant n'a pas été excellent. Son accroissement au poids est resté inférieur à ce qu'il aurait dû être. Le petit malade semblait souffrir chaque fois qu'on le changeait de linge et qu'on le nettoyait, mais il tétait et dormait d'une façon régulière. Vers le quatrième ou le cinquième jour, les selles ont perdu leur belle apparence pour devenir un peu verdâtres et présenter des grumeaux de caséine. Les vomissements ne se sont produits qu'à de très rares intervalles. Les urines sont restées abondantes. Le nombre des selles a été constamment de trois ou quatre par jour.

OBSERVATION XXII

Rapportée dans le Recueil des Leçons cliniques de M. le professeur A. Moussous.

Cas de dermatite desquamative ou maladie de Ritter.

Un enfant d'un mois et deux jours, le nommé Gustave D..., entrait le 12 novembre 1890 dans mon service.

Son affection remontait à trois ou quatre jours environ. Nous constations, au moment où il nous fut amené, une rougeur extrêmement vive, diffuse sur presque toute l'étendue du corps, menton, cou, bras et une partie du tronc; plus vive encore au-dessous de l'ombilic, sur le bas-ventre, les fesses, les cuisses et les jambes. La peau était gonflée, luisante, tendue. Elle paraissait revêtue d'une couche épidermique très amincie; il existait quelques fissures suintantes au périnée. De-ci, de-là, sur la partie supérieure du tronc, sur le ventre, la face externe des cuisses, on voyait des squames

épidermiques assez volumineuses ; sur d'autres points elles étaient plus petites ; les joues et le pourtour de la bouche offraient un aspect assez singulier ; la couche épidermique se présentait sous l'apparence d'un vernis sec et craquelé, on aurait dit une couche de collodion fendillée de toutes parts. L'enfant ne pesait que 3 kil. 600, paraissait très amaigri. Il avait un peu de diarrhée, mais pas de fièvre.

Le 13, la rougeur était aussi vive, les squames beaucoup plus nombreuses, imbriquées.

Le 14, la rougeur perdait un peu de son intensité, l'exfoliation épidermique se faisait un peu partout avec une extrême abondance.

Les 15, 16, 17, la situation restait à peu près la même. Les squames se reproduisaient toujours, mais en quantité moindre.

Les 18, 19, 20, les téguments reprenaient une teinte plus normale, mais la rougeur subsistait encore au niveau des cuisses, des fesses et du périnée. Le poids de l'enfant était tombé à 3 kil. 400.

Le 22, la desquamation ne s'opérait plus qu'en certains points, au voisinage de l'ombilic en particulier ; une tuméfaction se développa au niveau de la région sacrée. Il s'agissait d'un abcès qui fut ouvert le 25. L'enfant continuait à maigrir, il avait des vomissements assez fréquents, ne pesait plus que 3 kil. 300. Il mourut le 28. L'autopsie ne nous révéla rien de particulier.

Les parents avaient déjà perdu deux enfants sur trois : l'un de méningite, l'autre de diarrhée. L'interrogatoire n'a permis de découvrir chez eux aucun signe de syphilis.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème intertrigo.

Gabrielle E..., âgée de 3 mois, est apportée le 19 mars 1892 à la consultation gratuite pour une diarrhée rebelle.

L'enfant ne semble pas d'une santé très robuste. Les membres

peu grêles, le ventre est tendu et globuleux; l'état général est peu satisfaisant. La mère se porte bien, mais elle a peu de lait et depuis deux mois le bébé est mis au biberon. Pas de traces de syphilis ni chez la mère ni chez l'enfant.

On remarque sur les fesses une rougeur érythémateuse, diffuse, qui semble devoir être attribuée à un érythème simple au début. Dans les replis cutanés qui entourent les fesses, principalement au fond du pli sous-fessier, on voit une vive rougeur colorer les téguments en contact. Cette rougeur est due non à une propagation de l'érythème simple qui respecte la profondeur des plis, mais à un intertrigo léger. Des deux côtés, en écartant les cuisses de l'enfant, on voit dans le pli de l'aine que la peau est rouge et légèrement humide. Le fond du pli ne présente pas d'ulcération, mais il est plus vivement coloré que les bords. Dans le sillon génito-crural s'est produit une vive irritation et même un peu d'inflammation des téguments qui paraissent chauds et tuméfiés; dans sa partie la plus profonde, on aperçoit une ulcération d'où s'écoule un liquide visqueux, d'une odeur désagréable. Les parties enflammées sont aussi légèrement humidifiées.

L'enfant crie dès qu'on le touche aux parties atteintes; il est agacé et dort peu la nuit.

On recommande des soins de propreté minutieux, des lavages fréquents avec l'eau boriquée et le saupoudrage avec la poudre de talc ou d'amidon.

OBSERVATION XXIV (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Intertrigo ulcéré.

Georges M..., âgé de 11 jours, est apporté à la consultation gratuite le 4 février 1892.

L'enfant semble assez robuste. Les parents n'ont jamais eu la syphilis. Du côté de l'enfant, pas de troubles digestifs, pas de diarrhée ni de vomissements, mais muguet buccal très apparent. Le fond du pli sous-fessier

est très rouge. Dans la profondeur du pli de l'aine on trouve une éruption ayant son maximum d'intensité entre le testicule et la face interne des cuisses. La peau est très rouge, irritée et enflammée; sa surface est humidifiée légèrement par un liquide onctueux. Dans le fond du pli, pas d'érosions, mais accumulation de débris épidermiques blanchâtres. Entre le scrotum et les cuisses, où les surfaces cutanées sont en contact permanent, l'épiderme est macéré et on trouve de véritables ulcérations où le derme est à nu. Ces ulcérations sont en général allongées, suivant la direction du fond du pli où l'épiderme présente une large fissure d'où s'échappe en abondance un liquide sanieux, visqueux, d'une odeur fade et repoussante. Près des ulcérations sont des sortes d'érosions où l'épiderme est aminci mais non détruit. La rougeur érythémateuse descend sur la cuisse à un travers de doigt au-dessous du pli.

L'enfant semble souffrir chaque fois que l'on fait remuer ses jambes et que l'on frotte les régions ulcérées les unes contre les autres. Il est agité et crie constamment.

On ordonne des lavages fréquents à faire avec de l'eau boriquée et une éponge fine; onctions avec la vaseline boriquée.

OBSERVATION XXV (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème de dentition.

Maurice D..., âgé de 15 mois, est apporté à la consultation gratuite le 23 novembre 1892.

C'est un enfant un peu chétif. Il a été sevré à un an; un mois après, il a eu une diarrhée persistante et a rendu du sang dans ses selles; pas d'érythème fessier. Actuellement, constipation habituelle.

L'enfant a eu ses premières dents à 8 mois; sa face s'est couverte alors d'un eczéma qui a persisté près de deux semaines; quatre ou cinq jours

après sa disparition, est apparu sur les fesses une première poussée d'érythème qui a disparu au bout de quelques jours.

Actuellement, l'enfant a toutes ses incisives et ses canines; on aperçoit une molaire à la mâchoire supérieure et deux à la mâchoire inférieure.

Une vaste plaque érythémateuse couvre toute la région fessière depuis la partie inférieure des lombes jusqu'au pli sous-fessier exclusivement. L'épiderme a pris une teinte uniforme d'un rouge vif; il est brillant, comme ciré et ne présente à sa surface ni craquelure ni squamule. L'éruption sur ses bords est bien limitée et se détache, par sa couleur vive, des téguments sains qui l'environnent. Le pli interfessier est envahi, mais sur ses bords seulement.

L'enfant est agité, sans sommeil, mais néanmoins il se nourrit bien.

27 novembre : L'éruption a augmenté en surface surtout latéralement; elle s'étend d'une épine iliaque à l'autre, ayant son maximum d'intensité sur les fesses. La face inférieure du testicule est atteinte. Il s'est formé au bord du sillon interfessier un bourrelet rouge, un peu induré, qui marque les limites de la lésion.

L'enfant présente sur le front et les joues, surtout à gauche, quelques plaques d'eczéma sec.

On prescrit des onctions avec la vaseline boriquée.

3 décembre : Le traitement semble n'avoir pas produit d'effet. La lésion occupe toujours le même siège. De plus, à la partie saillante des fesses, la peau semble amincie; elle est fendillée en craquelures linéaires et semble couverte d'une couche de collodion desséché.

OBSERVATION XXVI (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème de dentition.

Georges G..., âgé de 15 mois, est présenté le 10 mai 1892 à la consultation gratuite.

Cet enfant, bien nourri, a depuis quelque temps des digestions difficiles :

constipation intense, ballonnement du ventre, manque d'appétit. Actuellement, il est amené à l'hôpital pour une stomatite légère. L'enfant a une molaire à chaque mâchoire. Il est agité surtout la nuit et tousse souvent.

La partie postérieure des fesses est couverte d'une éruption se terminant, sur le bord du pli interfessier, par un bourrelet induré et du côté externe par des bords bien nets où l'épiderme est légèrement exfolié.

La peau a revêtu uniformément une teinte rouge vif; elle est sèche, comme vernissée, craquelée et creusée de crevasses peu profondes. Sur la partie saillante des fesses, l'épiderme aminci est craqué jusqu'au derme et l'on voit des sortes d'ulcérations linéaires peu profondes d'où suinte un liquide séreux très peu abondant. Sur les lombes, la peau a la couleur rouge vif sans craquelures appréciables; là, la lésion a des limites mal définies. On remarque, en outre, que sur les fesses, la peau rugueuse au contact et comme épaissie se desquame légèrement, et l'on détache assez facilement de petites squames furfuracées au niveau du bourrelet induré qui limite la lésion sur les rebords du sillon interfessier.

OBSERVATION XXVII (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème de décubitus.

Maurice F....., âgé de 11 mois, se présente à la consultation gratuite le 27 novembre 1892.

Les parents sont bien portants et n'avouent pas de syphilis. L'enfant a l'air un peu chétif. La mère, forcée de s'absenter une partie de la journée pour travailler, laisse son enfant sanglé dans un lit souillé par l'urine et les matières fécales.

Tout le siège, les lombes, les fesses, la partie postérieure et interne des cuisses, ainsi que les organes génitaux, revêtent un aspect spécial. La peau est flasque, l'épiderme aminci, comme macéré. A la partie saillante des fesses, légère inflammation. Sur ce fond enflammé, on voit, disséminées çà

et là, des vésicules semblables aux boutons de vaccine du cinquième ou sixième jour, légèrement saillantes, plates, grisâtres, recouvertes d'un épiderme flasque, ridé et comme macéré, résistant néanmoins sous la pression du doigt. Outre ces éléments irréguliers, on trouve de petites saillies livides, dures au toucher, de forme mal définie, vestiges d'anciennes vésicules opérées. On remarque encore quelques parties ulcérées où le derme est complètement mis à nu. L'aspect des ulcérations pourrait égarer le diagnostic, si l'on ne considérait l'âge de l'enfant, les conditions dans lesquelles il vit, l'absence de diarrhée, l'aspect général de la lésion qui est différent de l'érythème vésiculeux simple à éléments bien nets se détachant sur un fond érythémateux et disposés par groupes limités et symétriques.

OBSERVATION XXVIII (personnelle).

Recueillie à l'hôpital des Enfants.

Erythème squameux.

Madeleine C..., âgée de 17 mois, est présentée le 17 décembre 1892 à la consultation gratuite.

C'est une enfant vigoureuse, toujours nourrie au sein par la mère elle-même et non encore sevrée. Elle est actuellement en pleine éruption dentaire. Les premières dents ont apparu à 8 mois. Actuellement elle a ses canines et ses incisives. Deux molaires ont paru il y a une quinzaine de jours; sur le reste des gencives la peau est tendue et blanchâtre.

Les parents de l'enfant n'ont pas eu la syphilis. Le père, âgé de 48 ans, est un homme robuste, qui souffre seulement de rhumatisme chronique depuis sept ans. La mère n'a jamais été malade.

L'enfant a toute la surface du cuir chevelu recouverte d'une plaque séborrhéique de couleur jaunâtre.

Dans la bouche, sur les gencives et à la face interne des joues, on remarque quelques petites ulcérations dues à de la stomatite légère.

Depuis quelque temps le ventre est dur et ballonné; mais l'enfant n'a pas de diarrhée; il est plutôt constipé. Ces troubles digestifs, chez un sujet bien portant, semblent devoir se rattacher au travail de la dentition.

En retournant l'enfant, on aperçoit sur les fesses une éruption érythémateuse d'un caractère tout spécial. La mère, soigneusement interrogée, nous apprend qu'il y a une quinzaine de jours elle s'est aperçue que toute la région du siège était couverte d'une vaste écaille blanchâtre qui s'est soulevée en commençant par les bords, est tombée et a laissé à nu la lésion que nous avons sous les yeux.

Sur la partie saillante des fesses, la peau est sèche, d'une couleur brune, brillante et vernissée, comme couverte d'une couche de collodion desséché; l'épiderme est craquelé de place en place.

Quelques-unes de ces solutions de continuité linéaires semblent profondes, surtout à la fesse droite. On trouve, en outre, des sortes d'éraillures de la peau semblables à celles que produisent les traces des ongles dans le grattage. La région tout entière est rugueuse au toucher; de place en place l'épiderme desséché se soulève en petites écailles furfuracées. La lésion respecte la profondeur du pli sous-fessier. Plus bas elle descend jusqu'au creux poplité près duquel elle s'arrête subitement par un bord bien net. De tous les côtés, sa limite est bien tranchée et sa surface affecte la forme d'un vaste fer-à-cheval dont la grande courbure serait aux fesses et les branches le long des cuisses. Le pli interfessier est complètement intact, la lésion s'arrête brusquement sur ses bords par un gros bourrelet rugueux formé par une couche d'épiderme épaissi et induré.

En somme, ce qui caractérise la lésion c'est sa sécheresse même. Quelle que soit la profondeur des éraillures du derme, on ne trouve nulle part le plus léger suintement. En outre, l'exfoliation de l'épiderme est bien visible et, en frottant légèrement la région des fesses avec la main, on soulève de petites écailles blanchâtres.

Le 24 : L'épiderme semble moins épaissi; on n'aperçoit plus de stries transversales. Le bourrelet qui limite l'éruption du côté du pli interfessier est moins induré. Les limites de la lésion du côté externe sont moins nettes.

CONCLUSIONS

En résumé, nous croyons que les érythèmes sont très fréquents chez les enfants surtout dans les premiers mois de la vie et qu'ils atteignent souvent la région fessière soumise plus que tout autre aux irritations extérieures.

Certains de ces érythèmes ont déjà été classés par les auteurs, d'autres sont restés encore non classés.

Les premiers, survenant surtout chez les nouveau-nés et les nourrissons, revêtent cinq formes principales :

1° L'*érythème simple*, rubéfaction des téguments, due le plus souvent au séjour des déjections de l'organisme altérées, se disposant en macules ou en plaques, restant limitée au siège ou se diffusant sur une étendue plus ou moins grande des téguments.

2° L'*érythème vésiculeux*, se produisant d'emblée ou succédant au précédent chez des enfants athrepsiques dont la peau mal nourrie résiste difficilement aux irritations extérieures, se limitant aux fesses et aux membres inférieures; à la place des vésicules affaissées ou déchirées, l'épiderme peut ne pas se reformer et donner lieu à des érosions et à des ulcérations qui compliquent l'éruption.

3° L'*érythème papuleux*, provenant du bourgeonnement du derme au niveau d'une érosion de l'érythème vésiculeux. Il survient chez des enfants plus âgés, souvent vigoureux, et se limite presque toujours aux fesses et à la partie postérieure des cuisses.

Sa ressemblance avec la syphilide papuleuse rend son diagnostic difficile à établir.

4° L'*érythème intertrigo,* éruption artificiellement produite par le contact de deux surfaces cutanées et la présence de matières irritantes; elle se limite le plus souvent à la profondeur des replis de la peau, mais peut s'étendre en surface; elle présente l'aspect d'une simple rougeur des téguments, ou se complique d'érosions, d'ulcérations et même de sphacèle.

5° L'*érythème vacciniforme,* sorte d'éruption à vésicules ombiliquées et à papules d'un aspect spécial, regardée longtemps comme une manifestation syphilitique, mais due à une cause inconnue; elle siège le plus souvent aux fesses.

4° Enfin nous avons étudié la *dermatite exfoliatrice* de Ritter, non que l'on doive la ranger parmi les érythèmes, mais parce qu'elle est de la plus grande importance au point de vue du diagnostic différentiel. Cette maladie, assez rare, est caractérisée par la rougeur et la sécheresse de l'épiderme qui s'exfolie en petites écailles; elle survient le plus souvent chez des enfants affaiblis dont elle entraîne la mort; elle est généralisée à la totalité des téguments, mais est plus intense sur les fesses.

Parmi les érythèmes non encore classés survenant chez des enfants plus âgés, on a distingué :

1° L'*érythème de dentition*, sorte d'eczéma, caractérisé par la sécheresse de l'épiderme, rouge, brillant, comme vernissé, strié de fissures linéaires, rebelle à tout traitement, attribué aux troubles de nutrition causés par l'évolution d'un groupe dentaire, disparaissant dès que les dents sont sorties;

2° L'*érythème de décubitus*, éruption vésiculeuse et papuleuse due à la macération de l'épiderme chez des enfants forcés de garder un décubitus prolongé dans un lit souvent souillé par l'urine;

3° Enfin, l'*érythème squameux*, débutant par une énorme écaille épidermique qui recouvre toute la région atteinte et qui, en se

détachant, découvre une surface très sèche où l'épiderme semble épaissi et offre des stries transversales, des sortes d'éraillures peu profondes; on croit voir là une forme particulière des érythèmes attribués à la dentition.

Telles sont les principales sortes d'érythèmes fessiers dont nous avons successivement donné la description, insistant sur la cause productrice et le diagnostic différentiel. Nous avons appuyé les descriptions cliniques d'observations recueillies pour la plupart à l'hôpital des Enfants et classées méthodiquement à la fin de ce travail.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr MOUSSOUS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 30 décembre 1892,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Semaine médicale :

1887. SEVESTRE. — Clinique à l'hospice des enfants assistés, p. 417.

1887. Rapport à la Soc. Méd. des Hôp. sur l'érythème papuleux, p. 501.

Bulletin médical :

1887. Syphilides et syphiloïdes infantiles par BESNIER, p. 432.

Revue des maladies de l'enfance :

1886. JACQUET. — Des erythèmes papuleux fessiers post-érosifs, p. 208.

1892. Rapport des Sociétés savantes sur les syphilides de l'enfance, p. 127 et 281.

France médicale :

1887. Eruptions papuleuses d'aspect vacciniforme, p. 74.

Progrès médical :

1887. SEVESTRE. — Rapport à la Soc. Méd. des Hôp., II, p. 521.

1888. SEVESTRE.— Des manifestations précoces de la syphilis congénitale, p. 527.

1889. id. id. p. 1

1880. PARROT. — Syphilis héréditaire et rachitis, p. 679.

1888. CAZIN et ISCOVESCO.—Du rapport du rachitisme et de la syphilis, I, p. 36.

1888. SEVESTRE. — Des manifestations précoces de la syphilis congénitale, p. 470.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie :

1887. SEVESTRE.— Communication à la Soc. Méd. des Hôp., II, p. 835.

Bulletin et mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris :

1887. SEVESTRE. — De l'érythème papuleux des fesses, III, p. 450.

Revue de clinique et de thérapeutique :

1892. RENAUD. — Complications de l'érythème papuleux, p. 470.

MOUSSOUS (André). — Recueil des leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, 1893, p. 33.

JACQUET. — Des syphiloïdes post-érosives. (Thèse de Paris, 1888).

CALLAIS. — Contribution à l'étude des érythèmes des nouveau-nés. (Thèse de Paris, 1892).

PARROT. — Leçons sur l'athrepsie (1878), p. 99, 201, 244.

PARROT. — Syphilis héréditaire et rachitis (1886), p. 63, 123, 129, 274.

ROGER (Henri). — Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance (1883), II, p. 31.

VALLEIX. — Cliniques des maladies des enfants nouveau-nés (1838), p. 205, 387, 481.

BASSEREAU. — Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis (1852), p. 255, 313, 387.

BROCQ. — Traitement des maladies de la peau (1890), p. 283, 247, 642.

CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie, 1876 (vésicules et phlyctènes), p. 208.

Annales de Dermatologie :

1889. BESNIER. — Erythème vacciniforme syphiloïde, p. 443.

Dictionnaire de médecine et de chirurgie :

Art. *Syphilides*, par BARTHÉLEMY, p. 456 et 476.

Art. *Erythème intertrigo*, par HARDY, p. 100.

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales :

Art. *Syphilis congénitale* (Syphilide lenticulaire), par DIDAY, p. 590.

Art. *Erythème*, par PIGNET, p. 594.

Art. *Intertrigo*, par FOURNIER, p. 214.

Art. *Dentition*, par BLACHEZ, p. 468.

Art. *Decubitus*, par DECHAMBRE, p. 173.

BIETT. — Abrégé des maladies de la peau, 1838, p. 7.

HILAIRET et GAUCHER. — Maladies de la peau (1885), p. 126.

DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau (1863), p. 97.

DUHRING. — Traités des maladies de la peau (1862), p. 171.

BAZIN. — Leçons sur les affections génériques de la peau, p. 82.

HARDY. — Maladies de la peau (1858), p. 26.

KAPOSI et BESNIER. — Maladies de la peau (1881), p. 467.

BOUCHUT. — Maladies des nouveau-nés (1883), p. 621.

RITTER van RITTERSHAIN. — Eine Klinik skizze. Aus : *Centralzeig für Kinderheilkde.* (Berlin, 1878). Die exfoliative dermatitis jungerer sanglige.

BAGINSKY. — Maladies des enfants (1892), I, p. 58 et II, 625.

MADIER-CHAMPVERMEIL. — Des syphilides plantaires et palmaires étudiées spécialement dans la syphilis héréditaire (Thèse de Paris, 1874).

16,853. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.